# Interdisciplinaridade no campo da saúde:

## desafios e experiências exitosas

**Organizadora:**
Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti

Ano 2023

# Interdisciplinaridade no campo da saúde:

## desafios e experiências exitosas

**Organizadora:**
Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti

**Ano 2023**

CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

# Interdisciplinaridade no campo da saúde: desafios e experiências exitosas

**Diagramação:** Camila Alves de Cremo
**Correção:** Maiara Ferreira
**Indexação:** Amanda Kelly da Costa Veiga
**Revisão:** Os autores
**Organizadora:** Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)**

I61 Interdisciplinaridade no campo da saúde: desafios e experiências exitosas / Organizadora Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2023.

Formato: PDF
Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader
Modo de acesso: World Wide Web
Inclui bibliografia
ISBN 978-65-258-1706-4
DOI: https://doi.org/10.22533/at.ed.064232809

1. Saúde. I. Cavalcanti, Soraya Araujo Uchoa (Organizadora). II. Título.

CDD 613

**Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166**

**Atena Editora**
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br

## DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.

CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

## DECLARAÇÃO DA EDITORA

A coletânea *'Interdisciplinaridade no campo da saúde: desafios e experiências exitosas'* é composta por 17 (dezessete) capítulos produtos de pesquisa, revisão de literatura, relato de experiência, dentre outros.

O primeiro capítulo, discute *a atenção domiciliar multiprofissional como uma ferramenta de trabalho na área da saúde coletiva*. Já o segundo capítulo, apresenta *a experiência da implementação da pulseira de identificação em um hospital de segurança pública*. O terceiro capítulo, por sua vez, discute *a experiência de profissionais que cursaram uma especialização multiprofissional em qualidade e segurança no cuidado ao paciente*.

O quarto capítulo, analisa *as estratégias e dificuldades na assistência multiprofissional à saúde da mulher em situação de violência doméstica*. Já o quinto capítulo, apresenta *as vivências acadêmicas no âmbito do componente curricular PIASC – Programa de Integração Academia, Serviço e Comunidade entre os anos de 2018 e 2019, envolvendo a participação de docentes, discentes e da equipe de saúde da Unidade de Saúde da Família*. O sexto capítulo, por sua vez, discute *as vulnerabilidades vivenciadas na adolescência e as ações preventivas no campo da saúde*.

O sétimo capítulo, apresenta a experiência *para promoção de saúde de idosos vinculados ao Centro de Referência de Idosos na cidade de Canoas - RS*. Já o oitavo capítulo, analisa *o perfil epidemiológico e a taxa de incidência de HIV/AIDS na população idosa no Brasil, de 2011 a 2021*. O nono capítulo, por sua vez, analisa *a atuação da enfermeira que assiste o paciente com câncer colorretal durante internação hospitalar*.

O décimo capítulo, discute mediante revisão bibliográfica integrativa, *a forma como as mulheres enfrentam o diagnóstico do Câncer de Colo de Útero*. Já o décimo primeiro capítulo, discute as *características cognitivas e comportamentais e o desenvolvimento da criança portadora da Síndrome Alcoólica Fetal*. O décimo segundo capítulo, por sua vez, avalia *o pico de fluxo de tosse e fluxo expiratórios em sujeitos disfágicos*.

O décimo terceiro capítulo, analisa a *gestão pela metodologia de gerenciamento de metas prioritárias* e os impactos do sistema em uma secretaria municipal de saúde. Já o décimo quarto capítulo, discute *a relação entre as doenças periodontais e o parto prematuro e/ou baixo peso ao nascer*. O décimo quinto capítulo, por sua vez, avalia *as mudanças e os processos de adaptações do familiar cuidador de um paciente com doença renal*.

O décimo sexto capítulo, discute *o processo de construção de mídia no formato de uma série de podcast como ferramenta de mobilização social e advocacy no acompanhamento de pesquisas em tuberculose no Brasil*. E finalmente, o décimo sétimo capítulo, produto de revisão bibliográfica integrativa,

avalia *as propriedades farmacológicas das folhas e sementes do mamoeiro e seus benefícios para a saúde humana*.

Soraya Araujo Uchoa Cavalcanti

SUMÁRIO

SUMÁRIO

# CAPÍTULO 1

# ATENÇÃO DOMICILIAR MULTIPROFISSIONAL: REFLEXÕES PARA UM CUIDADO INTEGRAL EFETIVO

*Data de aceite: 01/09/2023*

**Iria Barbara de Oliveira**
Universidade Estadual do Centro-Oeste, Departamento de enfermagem
Guarapuava – Paraná
http://lattes.cnpq.br/6432093866919057

**Flavia Alessandra Marques**
Universidade Estadual do Centro-Oeste, Departamento de enfermagem
Guarapuava – Paraná
http://lattes.cnpq.br/3239307029909286

**Karla Elise de Lima Portela**
Universidade Estadual do Centro-Oeste, Departamento de enfermagem
Guarapuava – Paraná
http://lattes.cnpq.br/8019560916219704

**Amanda Pionoski Prudente**
Universidade Estadual do Centro-Oeste, Departamento de enfermagem
Guarapuava – Paraná
http://lattes.cnpq.br/2628907976291095

**Letícia Ribeiro Pelek**
Universidade Estadual do Centro-Oeste, Departamento de enfermagem
https://lattes.cnpq.br/3693962769172044

**Daniel de Paula**
Universidade Estadual do Centro-Oeste, Departamento de Farmácia
Guarapuava – PR
https://lattes.cnpq.br/1846628990988101

**RESUMO:** A atenção domiciliar refere-se à realização de ações de promoção da saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação no ambiente domiciliar. O objetivo deste capítulo é fornecer reflexões sobre a atenção domiciliar multiprofissional como uma ferramenta de trabalho na área da saúde coletiva. Busca-se compreender o desenvolvimento da atenção integral à saúde, respeitando a autonomia de cada indivíduo e atendendo às suas necessidades particulares. Para alcançar esse objetivo, é essencial que os profissionais de saúde possuam habilidades e conhecimentos para abordar e cuidar dos pacientes em suas casas, considerando todas as dimensões presentes em cada realidade. Além disso, a integração e capacitação de cada indivíduo para assumir um papel ativo em seu próprio cuidado são fundamentais. O estabelecimento de um vínculo entre profissionais de saúde e pacientes é uma estratégia importante na prática profissional, destacando-se como um princípio essencial no Sistema Único de Saúde (SUS). Através desse vínculo, é possível reorganizar os serviços assistenciais de saúde ao paciente e garantir o acesso a seus direitos. Com a colaboração de equipes multiprofissionais, é viável abordar as necessidades complexas e multifacetadas dos pacientes,

proporcionando um cuidado personalizado a cada indivíduo.
**PALAVRAS-CHAVE:** Atenção Primária em Saúde; Atenção Domiciliar; Equipe Multiprofissional.

## MULTIPROFESSIONAL HOME HEALTHCARE: THOUGHTS FOR EFFECTIVE INTEGRATIVE CARE

**ABSTRACT:** Home healthcare refers to implementing health promotion, prevention, disease treatment, and rehabilitation actions in the home environment. The aim of this chapter is to provide reflections on multiprofessional home healthcare as a working tool in the area of public health. It seeks to understand the development of integrative health care, respecting the autonomy of each individual and meeting their particular needs. To achieve this goal, it is essential that health professionals have the skills and knowledge to approach and care for patients in their homes, considering all the dimensions present in each reality. In addition, the integration and empowerment of each individual to take an active role in their own care are fundamental. The establishment of a health professional-patient relationship is a important strategy in professional practice, standing out as an essential principle in the Unified Health System (SUS). Through this relationship, it is possible to reorganize healthcare services for patients and ensure access to their rights. With the collaboration of multiprofessional teams, it is feasible to address patients' complex and multifaceted needs, providing personalized care to each individual.
**KEYWORDS:** Primary Health Care; Home healthcare; Multiprofessional teams.

## 1 I INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS), similarmente conhecida como Atenção Básica (AB), é definida pelo conjunto de ações de saúde, individual e/ou coletiva, que envolve a promoção e proteção da saúde, das quais envolve a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos, cuidados paliativos e a manutenção da saúde. Tem como objetivo desenvolver atenção integral à saúde, respeitando a autonomia e observando a necessidade particular de cada indivíduo. A APS dispõe de algumas ferramentas, que colaboram para a integralidade do cuidado, dentre elas está a Atenção Domiciliar (AD), responsável por prestar cuidados ao indivíduo em sua residência, a fim de garantir a continuidade do cuidado e integrar aos demais serviços de saúde (BRASIL, 2013b).

A AD é classificada em quatro modalidades de cuidado, que se diferenciam pela especificidade de suas finalidades e ações, sendo a AD dividida em: Atendimento Domiciliar; Visita Domiciliar e Internação Domiciliar (RAJÃO; MARTINS, 2020). O regulamento técnico para o funcionamento de Serviços de Atenção Domiciliar, contido na Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 011, de 26 de janeiro de 2006, atribui as definições, conforme descrito no Quadro 1.

| Termo | Definição |
|---|---|
| Admissão em Atenção domiciliar | Processo que se caracteriza pelas seguintes etapas: indicação, elaboração do Plano de Atenção Domiciliar e início da prestação da assistência ou internação domiciliar. |
| Alta da Atenção domiciliar | Ato que determina o encerramento da prestação de serviços de atenção domiciliar em função de: internação hospitalar, alcance da estabilidade clínica, cura, a pedido do paciente e/ou responsável, óbito. |
| Atenção domiciliar | Termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio. |
| Assistência domiciliar | Conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas desenvolvidas em domicílio. |
| Cuidador | Pessoa com ou sem vínculo familiar capacitada para auxiliar o paciente em suas necessidades e atividades da vida cotidiana. |
| Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar - EMAD | Profissionais que compõem a equipe técnica da atenção domiciliar, com a função de prestar assistência clínico-terapêutica e psicossocial ao paciente em seu domicílio. |
| Internação Domiciliar | Conjunto de atividades prestadas no domicílio, caracterizadas pela atenção em tempo integral ao paciente com quadro clínico mais complexo e com necessidade de tecnologia especializada. |
| Plano de Atenção Domiciliar - PAD | Documento que contempla um conjunto de medidas que orienta a atuação de todos os profissionais envolvidos de maneira direta e ou indireta na assistência a cada paciente em seu domicílio desde sua admissão até a alta. |
| Serviço de Atenção Domiciliar - SAD | Instituição pública ou privada responsável pelo gerenciamento e operacionalização de assistência e/ou internação domiciliar. |
| Tempo de Permanência | Período compreendido entre a data de admissão e a data de alta ou óbito do paciente. |

Quadro 1: Definições do Atendimento domiciliar (AD) conforme RDC nº 011/2006.

Fonte: Adaptado RDC nº 011/2006.

A AD é conceituada como a prática de ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação, realizados em domicílio. O termo utilizado internacionalmente "*home healthcare",* refere-se ao cuidado em saúde proporcionado às pessoas no domicílio, com qualidade, custo-benefício adequado ao padrão de vida dos indivíduos, com vistas a preservar sua autonomia, independência e possibilitando uma melhor qualidade de vida (ANVISA, 2006).

A AD é essencial para a longitudinalidade do cuidado, pois é um conjunto de ações no domicílio do usuário de maneira contínua e integrada à rede assistencial do Sistema Único de Saúde/SUS. E as visitas domiciliares (VD), são uma ferramenta de cuidado integral, a qual aproxima a família do serviço de saúde e do profissional, com o objetivo de investigar as situações de saúde no qual o indivíduo está inserido, para a seguir intervir com ações e orientações, com o intuito de realizar uma atenção integral (MARQUES; BULGARELLI,

2020).

O trabalho da equipe multiprofissional apresenta grande relevância para a AD, visto que a interação e a troca de informações entre os profissionais resultam na visão ampliada do cuidado, onde as diferentes perspectivas se voltam para um mesmo objetivo: garantir a assistência à saúde e a melhora na qualidade de vida do usuário (FERREIRA et al., 2009; PEREIRA et al., 2020).

O Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) apresenta em sua diretriz (BRASIL, 2016):

> *"adotar linhas de cuidado por meio de práticas clínicas cuidadoras baseadas nas necessidades do usuário, a fim de reduzir a fragmentação da assistência e valorizar o trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares"*

Justifica-se desta forma, a importância do cuidado em saúde realizados por estas equipes, as quais devem ser realizadas intra domicílios, dispondo da visita domiciliar como uma ferramenta de acesso, que proporciona a integralidade do cuidado e um cuidado longitudinal, que tem relação íntima com a própria APS como nível de cuidados mais próximo do paciente. Assim, portanto, é um meio eficaz de conseguir de modo mais flexível analisar as necessidades de saúde do individuo. Para isso, observa-se a necessidade de se estabelecer em equipe, critérios de inclusão de pacientes, para que assim as VD sejam realizadas de maneira efetiva (SAVASSI; DIAS, 2006).

Esses critérios são de extrema importância, para que os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde sejam exercidos, tendo em vista a "equidade", é relevante que as equipes analisem e utilizem métodos que diferenciem as famílias, com vistas a atender com maior agilidade as quais precisam mais, mas não deixando de atender todas as famílias do território. (SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012)

Neste contexto, a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi, é um instrumento que pode ser utilizado para tal diferenciação das famílias, colaborando desta forma para a efetividade da atuação da equipe na família escolhida e comunidade. (SAVASSI; LAGE; COELHO, 2012).

Entretanto, quando se pensa na AD, reforça-se a necessidade de atuação dos profissionais de saúde, pois esta prática demandará dos profissionais competências e habilidades necessárias para cuidar dos indivíduos no domicílio, considerando sua realidade, o cuidado em situações de disfuncionalidade familiar e vulnerabilidades. Em suma, o rol de atividades dos profissionais de saúde que atuam em atenção domiciliar é denso e amplo, conforme demonstrado na publicação de Savassi (2016) (SAVASSI, 2016).

As diversas modalidades de atenção domiciliar são um grande avanço conforme a Política de Atenção Domiciliar (BRASIL, 2013b), entretanto, observa-se um grande desafio entre as diferentes modalidades de atendimento em compartilhar o cuidado, seja pela formação profissional, pela dificuldade na comunicação entre elas, ou pela dificuldade de entendimento por parte dos profissionais quanto a política (SAVASSI, 2016). Desta forma, após essa breve reflexão introdutória, este capítulo, tem por objetivo fornecer reflexões

sobre a atenção domiciliar como ferramenta de trabalho em saúde coletiva.

## 2 I PLANO DE CUIDADO MULTIPROFISSIONAL NA ATENÇÃO DOMICILIAR

A Estratégia Saúde da Família (ESF) caracteriza-se como uma estratégia prioritária na expansão, consolidação e qualificação para a APS, na qual fortalece uma reorientação do processo de trabalho com grande potencial de ampliação e resolutividade, assim trazendo grandes impactos na situação de saúde do usuário e coletividade. A equipe multiprofissional da ESF deve ser composta por médico, enfermeiro, fisioterapeuta, farmacêutico, nutricionista, psicólogo, musicoterapeuta, profissional de educação física, assistente social, agentes comunitários de saúde e funcionários administrativos (BRASIL, 2017).

A ESF configura-se como uma iniciativa inovadora no campo sanitário internacional. Diferente de outros países que também basearam seus sistemas na APS, e assim pressupõe o trabalho multiprofissional e em equipe. O trabalho em equipe multiprofissional na APS tornou-se um dos principais instrumentos de intervenção, pois as ações e práticas se estruturam a partir da equipe, ao mesmo tempo em que ocorre, neste tipo de trabalho em saúde, a ampliação do objeto de intervenção para além do âmbito individual e clínico. Tal peculiaridade requer mudanças na forma de atuação e na organização do trabalho, bem como demanda alta complexidade de saberes (PEREIRA RIVERA; ARTMANN, 2013).

Dessa maneira, fica evidente a necessidade da atenção multiprofissional/interdisciplinar com horizontalização das relações, a qual possibilita a contribuição de todos os saberes no cuidado ao usuário. (BRASIL, 2013).

No domicílio, como em outros espaços de cuidado, o diálogo entre equipe, família, cuidador e usuário permite interações que desencadeiam transformação nas relações de trabalho, compartilhamento e formação de compromissos para melhoria da integralidade da atenção à saúde. Logo, a construção do plano de cuidado na Atenção Domiciliar deve ser compartilhada por todas as partes e saberes envolvidos – usuário, família, cuidador e profissionais de Saúde (Figura 1) (BRASIL, 2013a).
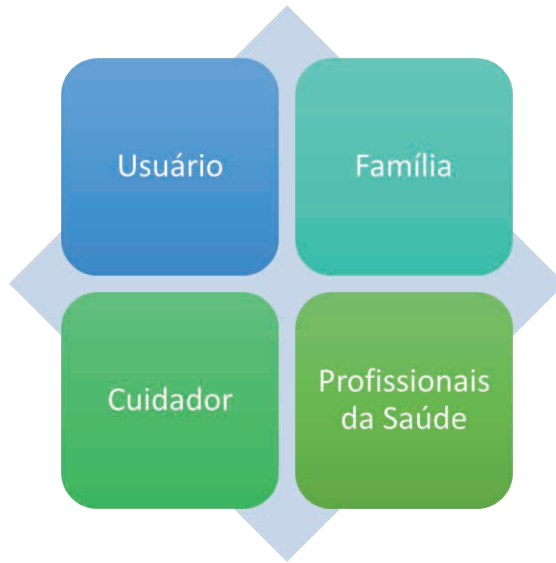
Figura 1: Atores e saberes envolvidos na construção do Plano de Cuidado na Atenção Domiciliar.
Fonte: BRASIL, 2013a.

Na atenção domiciliar existem três dimensões do cuidado, que são: dimensão profissional, dimensão organizacional e dimensão sistêmica. As três dimensões são interdependentes, o cuidado produzido na dimensão profissional influência e é influenciado pela dimensão organizacional. As decisões tomadas no encontro profissional de saúde/ paciente, como o projeto terapêutico, relacionam-se com a forma pela qual os trabalhadores se organizam em equipe para seguir o que foi definido. Da mesma forma, os protocolos assistenciais que pretendem normatizar o fluxo de pacientes (dimensão sistêmica) ora influenciam, ora são ignorados ou adaptados pelas equipes (dimensão profissional) (BRASIL, 2013a).

Existem elementos fundamentais na gestão do cuidado que é eficaz na atenção domiciliar. Entre eles estão: O **Acolhimento** que expressa uma ação de aproximação, um "estar com" e um "estar perto de", ou seja, uma atitude de inclusão, de estar em relação com algo ou alguém. A **Clínica Ampliada representa** um compromisso ético e intenso com o sujeito doente visto de modo singular, ou seja, tem responsabilidade sobre os usuários dos serviços de Saúde. O **Apoio Matricial** que é desburocratização e a desfragmentação do cuidado em saúde, dependem do estabelecimento de novos arranjos organizacionais, que incluem formas diferentes de organizar o processo de trabalho das equipes e o padrão de comunicação dos trabalhadores e serviços de Saúde, e desses com os usuários. E por último, o **Projeto Terapêutico Singular,** que é um conjunto de condutas/ações/medidas, de caráter clínico ou não, propostas para dialogar com as necessidades de saúde de um sujeito individual ou coletivo, são construídas a partir da discussão de uma equipe

multidisciplinar (BRASIL, 2013a).

Sendo assim, prioriza-se as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde do usuário buscando de forma contínua a integralidade do cuidado. Logo, esses profissionais e a população adscrita criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade (FERREIRA et al., 2019).

O vínculo apresenta-se articulado aos conceitos de humanização, responsabilização e da integralidade do cuidado, onde por meio do envolvimento entre os diferentes sujeitos envolvidos é capaz de fazer uma aproximação mútua entre estes indivíduos. Assim, o fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde da família e o usuário torna-se de grande relevância, ao passo em que a ligação destes pontos levam ao favorecimento e a produção do cuidado mediante uma relação de confiança e partilha de comprometimento. (ILHA., et al. 2014).

Ressalta-se que no cenário das políticas públicas de Saúde no Brasil, o vínculo surge como prática na APS na institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS) e da ESF (FERREIRA., et al. 2019).

Dessa maneira, o vínculo constitui uma importante estratégia de cuidado na prática profissional, fazendo parte inclusive do plano de cuidados, no que tange a reorganização dos serviços assistenciais de saúde direcionados ao paciente, no sentido da garantia dos direitos do acesso universal, o atendimento humanizado, e a resolutividade dos serviços. Sob esse novo enfoque, o vínculo passa a ser considerado como um marco de destaque e grande relevância no SUS, através da mudança conceitual da relação entre o profissional e o usuário de um serviço de saúde (BACKES, et al. 2015).

Como visto, os profissionais na AD devem incorporar para sua implementação o uso de tecnologias duras, leve-duras e leves, sendo as relações desenvolvidas em domicílio um bom exemplo de tecnologia leve, com a produção de vínculo, de autonomia e de acolhimento. Deve-se destacar a importância da avaliação clínica para os cuidados no domicílio e na elaboração compartilhada do projeto terapêutico singular, também conhecido como PTS (BRASIL, 2013a).

E como o trabalho em Saúde resulta de um processo coletivo, realizado por um conjunto de profissionais com núcleos de saber específicos e distintos, faz-se necessário ressaltar a atuação em equipe no cuidado domiciliar; além da busca por romper com a prática fragmentada do trabalho em saúde e atuar com a visão centrada no usuário (BRASIL, 2013a). Sendo assim, os protocolos de organização de serviços e os procedimentos operacionais padrão (POPs) têm como foco principal a padronização de condutas clínicas, ambientes, ambulatoriais e hospitalares, devendo contemplar também os serviços da AD. Eles abrangem as rotinas dos cuidados e das ações de gestão de determinado serviço, equipe ou departamento, elaborados a partir do conhecimento científico atual, respaldados em evidências científicas por profissionais experientes e especialistas em uma área, e

que servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de Saúde (BRASIL, 2013a).

O trabalho em equipe multiprofissional busca realizar estratégias de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação ao usuário, entre elas Educação em Saúde; identificação de fatores de proteção da saúde e estímulo à preservação ou desenvolvimento de fatores de proteção à saúde. A equipe também faz orientações; realiza e solicita exames e procedimentos de rastreamento; identifica fatores de risco e vulnerabilidades e intervém; avalia a situação de imunização e realiza procedimento de imunização no domicílio e orienta e estimula a adesão ao tratamento medicamentoso e não-medicamentoso (LOPES et al., 2017).

As vantagens do atendimento multiprofissional, é importante para que a equipe apresente uma abordagem integral à família e cuidadores. A exemplo disso podemos destacar a avaliação do contexto socioeconômico e cultural no qual a família se insere; realização de adaptações às orientações e condutas de acordo com esse contexto; avaliação das condições e infraestrutura física do domicílio e sugerir adaptações quando necessário; uso de instrumentos específicos para conhecer e trabalhar com a família; avaliação das necessidades de saúde dos membros de modo a desenvolver ações de apoio à família como um todo, e não de um indivíduo isoladamente (LOPES et al., 2017).

## 3 I GESTÃO DE EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS NA AD

O serviço de Atenção Domiciliar (SAD) se estrutura como um serviço integrativo em cuidados realizados na APS e em unidades de urgência, sendo organizado em um território definido, tornando-se um ponto de referência para a população em atenção domiciliar e estando diretamente ligado ao gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e das Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) (BRASIL, 2016).

A EMAD é composta por profissionais médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e profissionais auxiliares ou técnicos de enfermagem. Sendo classificada como EMAD tipo I e II, diferenciando-se apenas pela carga horária de trabalho exercida pelos profissionais. A quantidade de EMAD em cada município é definida pelo total de habitantes, sendo 100 mil habitantes para cada EMAD (BRASIL, 2012).

A gestão de equipes de saúde é fundamental para promover a eficiência e a qualidade dos serviços prestados. No contexto das equipes multiprofissionais, a gestão se torna ainda mais complexa devido à diversidade de profissionais envolvidos e à necessidade de integração de suas habilidades e conhecimentos.

A seguir apresentamos três modelos de gestão que podem ser aplicados às equipes multiprofissionais: i) gestão participativa; ii) gestão por competências e iii) gestão por processos.

Um dos modelos de gestão que se destaca é o modelo de **gestão participativa**. Segundo Fernandes et al. (2014), esse modelo valoriza a participação ativa de todos os membros da equipe na tomada de decisões, promovendo a horizontalidade nas relações e estimulando a troca de experiências e o trabalho colaborativo. Essa abordagem fortalece a autonomia dos profissionais e favorece a construção de um ambiente de trabalho saudável e motivador.

Outro modelo relevante é o modelo de **gestão por competências**. Conforme Brandão e Bahry (2005), esse modelo busca identificar as competências individuais de cada profissional e alinhá-las aos objetivos organizacionais. Por meio de avaliações periódicas, é possível identificar lacunas de conhecimento e habilidades, proporcionando capacitações específicas e promovendo o desenvolvimento contínuo da equipe. Essa abordagem favorece a otimização dos recursos humanos e o alcance de melhores resultados.

Um terceiro modelo de gestão de equipes de saúde é o modelo de **gestão por processos**. De acordo com Santos (2020), esse modelo enfatiza a organização dos fluxos de trabalho e a definição clara de responsabilidades de cada profissional em cada etapa do processo assistencial. Ao mapear os processos, identificar gargalos e implementar melhorias, é possível aumentar a eficiência da equipe e reduzir desperdícios, garantindo uma assistência integrada e de qualidade.

Ao aplicar esses modelos de gestão a equipes multiprofissionais, é fundamental considerar as características e necessidades específicas desse tipo de equipe. Conforme Führ (2019), a gestão de equipes multiprofissionais requer a valorização da interdisciplinaridade, o estabelecimento de canais efetivos de comunicação e a promoção de espaços de reflexão e construção coletiva do conhecimento. Além disso, a liderança compartilhada e a busca por consensos são aspectos-chave para o sucesso da gestão, conforme apresentado na Figura 2.
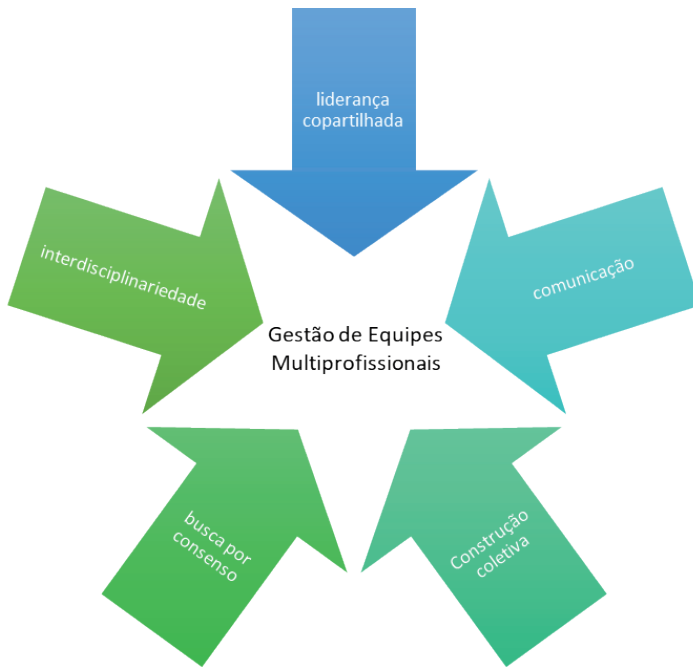
Figura 2: Requisitos para a gestão de equipes multiprofissionais, segundo Führ. (2019)

A diversidade de experiências dos profissionais que constituem a equipe tem como intuito a recuperação do estado de saúde dos pacientes e recolocação em seu ambiente social, familiar e profissional, em um prazo rápido e apropriado. Os pacientes que recebem atendimento, possuem um plano terapêutico mais efetivo, devido ao fato que a interação da equipe multidisciplinar permite a recuperação assertiva do enfermo e a diminuição de agravos irreversíveis (BARBOZA; SOUSA; MORAIS, 2020).

Em suma, a gestão de equipes de saúde possui diferentes modelos e abordagens que podem ser aplicados às equipes multiprofissionais. A gestão participativa, a gestão por competências e a gestão por processos são alguns exemplos que podem contribuir para a integração e o bom desempenho dessas equipes. No entanto, é fundamental adaptar esses modelos às peculiaridades das equipes multiprofissionais, valorizando a interdisciplinaridade e promovendo o trabalho colaborativo.

## 4 I CAMINHOS E DESAFIOS NA ATENÇÃO DOMICILIAR MULTIPROFISSIONAL

Com o atendimento domiciliar o paciente tem direito a uma saúde de qualidade e digna com mais acesso. Atender no domicílio em equipe multiprofissional compreende uma abordagem promissora para alcançar um cuidado integral efetivo. Por meio da integração de profissionais de diversas áreas, o cuidado domiciliar multiprofissional promove uma assistência personalizada, centrada no paciente e alinhada às suas necessidades

individuais (BRASIL, 2016).

A AD Multiprofissional, por se tratar de profissionais atuando em conjunto, faz com que o atendimento seja mais amplo devido ao conhecimento de cada um, o qual abrange diversas áreas, fazendo com que as metas estabelecidas pelos profissionais para os pacientes sejam alcançadas (GAZOTTI; CURY, 2017).

Apesar de se tratar de uma ferramenta que auxilia no melhor atendimento aos pacientes, existem conflitos entre as classes que atuam nesta atividade, pois ainda há uma falta de oportunidade para alguns profissionais que têm conhecimento teórico e técnico para que possam atuar em mais serviços, colaborando com a melhora da qualidade de vida dos pacientes. Entretanto, vemos que a AD multiprofissional traz mais benefícios do que problemas, sendo que estes problemas podem ser resolvidos através do conselho das classes e através dos governantes possibilitando variedade de atuação em algumas áreas, fazendo com que os pacientes tenham ainda mais benefícios (COSTA et al, 2014).

A AD multiprofissional pode ser considerada, como uma abordagem promissora para proporcionar um cuidado integral efetivo aos pacientes no conforto de seus lares (NUNES, 2022). Ao longo deste texto, exploramos diferentes aspectos relacionados à atenção domiciliar multiprofissional, considerando seus benefícios e desafios. Uma das principais reflexões sobre a atenção domiciliar multiprofissional é a importância da integração e colaboração entre os diversos profissionais de saúde. Através de equipes compostas por diferentes especialidades, é possível abordar as necessidades complexas e multifacetadas dos pacientes, proporcionando um cuidado personalizado e holístico. Essa abordagem valoriza a interdisciplinaridade, promovendo a troca de conhecimentos, experiências e habilidades, resultando em uma assistência mais abrangente e efetiva (BRASIL, 2013a).

A AD multiprofissional também permite uma maior proximidade entre os profissionais de saúde e os pacientes, bem como a integração com suas famílias. Esse vínculo estabelecido possibilita uma compreensão mais profunda das necessidades individuais, o qual compreende a realização de um cuidado centrado no paciente e alinhado às suas necessidades de saúde. Dessa forma, a AD multiprofissional fortalece a autonomia do paciente, empoderando-o no gerenciamento de sua própria saúde (ALVES, 2012).

Contudo, a implementação efetiva da AD multiprofissional enfrenta desafios significativos. É necessário um planejamento cuidadoso e estratégico, considerando questões logísticas, recursos humanos, tecnológicos e estruturais. Além disso, o trabalho em equipe requer uma comunicação clara e eficaz, com uma compreensão compartilhada dos papéis e responsabilidades de cada membro. A liderança engajada e a capacitação contínua são fundamentais para superar esses desafios e garantir uma assistência de qualidade. A Atenção Domiciliar multiprofissional tem o potencial de melhorar a qualidade de vida dos pacientes, promovendo sua autonomia e bem-estar no ambiente familiar (OLIVEIRA; CURY, 2020).

## 5 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

A atenção domiciliar conta com equipes multiprofissionais como peça-chave para assegurar que os pacientes recebam a continuidade do cuidado, que este seja integral, personalizado e de alta qualidade no conforto de seus lares. Ao fornecer assistência no ambiente domiciliar, essas equipes têm como objetivo auxiliar os pacientes a manterem sua independência e autonomia, garantindo a continuidade do cuidado.

As equipes multiprofissionais desempenham um papel fundamental ao capacitar os indivíduos para que assumam um papel ativo em seu próprio cuidado e tratamento, fornecendo suporte e orientações para que possam gerenciar melhor sua saúde no dia a dia, sendo desta forma também corresponsáveis por sua saúde.

A combinação de especialidades complementares presente nas equipes multiprofissionais, demonstra que esses profissionais estão preparados para lidar com uma ampla gama de condições médicas e necessidades dos pacientes. Dessa forma, promovem a continuidade do tratamento, reduzem internações desnecessárias e contribuem para uma melhor qualidade de vida no contexto familiar. No entanto, a atenção domiciliar exige uma coordenação eficiente entre os membros da equipe, já que frequentemente vários profissionais estão envolvidos no cuidado de um único paciente. Portanto, é essencial manter uma comunicação clara e contínua, e o planejamento do cuidado a ser realizado, com respeito a equidade, a fim de garantir a gestão adequada dos cuidados, evitando lacunas ou sobreposições no tratamento.

## AGRADECIMENTOS

Este trabalho é parte do projeto PET-Saúde: Gestão e Assistência, o qual foi realizado com auxílio financeiro na forma de bolsa de estudos do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE-2022/2023), do Ministério da Saúde.

O presente trabalho teve um papel fundamental na vida dos estudantes, agregando de forma direta na vida pessoal e profissional pelas experiências e vivências compartilhadas.

## REFERÊNCIAS

ALVES, R. **Vivências de profissionais de saúde na assistência a crianças e adolescentes com câncer: um estudo fenomenológico**. 207. Dissertação (Psicologia) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, SP, 2012.

BACKES, D. S. et al. Vínculo profissional usuário: competência para a atuação na Estratégia Saúde da Família. **Rev. Enferm. Florianópolis**. v. 33, n. 2, p. 222-229, 2015. DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v13i3.19661.

BRANDÃO, H. P.; BAHRY, C. P. Gestão por competências: métodos e técnicas para mapeamento de competências. **Revista do Serviço Público**, v. 56, n. 2, p. 179-194, 2005. Disponível em: < https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/view/224>. Acesso em: 15 jan. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 825, de 25 de Abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas. **Ministério da Saúde,** Brasília, DF. Disponível em:< https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html>. Acesso em: 04 ago. 2023

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (ANVISA). Resolução nº 11, de 26 de janeiro de 2006. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. **Diário Oficial da União,** Brasília, DF, 2006. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2006/res0011_26_01_2006.html>. Acesso em: 07 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar**. Volume 2. Brasília: Ministério da Saúde. 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 963, de 27 de maio de 2013b. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ministério da Saúde,** Diário Oficial da União, Brasília, DF. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 07 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ministério da Saúde,** Diário Oficial da União, Brasília, DF. Disponível em: < https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 15 mai. 2023.

BRASIL. Ministério da saúde. Portaria nº 1.533, de 16 de julho de 2012. Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ministério da Saúde,** Diário Oficial da União, Brasília, DF. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1533_16_07_2012.html>. Acesso em: 15 mai. 2023.

BARBOZA, B. C.; SOUSA, C. A. L. S.C.; MORAIS, L. A. S. Percepção da equipe multidisciplinar acerca da assistência humanizada no centro cirúrgico. **Revista SOBECC**, [S. l.], v. 25, n. 4, p. 212–218, 2020. DOI: 10.5327/Z1414-4425202000040004. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/611>. Acesso em: 19 jan. 2023.

COSTA, J. P. et al. Resolubilidade do cuidado na atenção primária: articulação multiprofissional e rede de serviços. **Saúde em debate**, v. 38, n. 103, p. 733-743, 2014. Doi: https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140067. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gXKyw3Jsx4RsTvrLdGwBCsp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 15 mar. 2023.

FERNANDES, M. C. et al. Reflexão acerca das práticas educativas como instrumento de gestão participativa. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 8, n. 8, p. 2889-2895, jun. 2014. ISSN 1981-8963. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9998>. Acesso em 18 jan. 2023.

FERREIRA, E. A., et al. Vínculo Profissional-Usuário na Estratégia Saúde da Família: Percepções de Idosos Hipertensos. **Id on Line Rev.Mult. Psic.**, vol.13, n.43, p. 748-760. 2019. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/1561> Acesso em: 18 jan. 2023.

FERREIRA, R.C.; VARGA, C.R.R.; SILVA, R.F. Trabalho em equipe multiprofissional: a perspectiva dos residentes médicos em saúde da família. n.14, (suppl1), 2009. Doi: https://doi.org/10.1590/S1413-81232009000800015.

FÜHR, R. C. **Educação 4.0 nos impactos da quarta revolução industrial**. 1º edição, Editora Appris, 2019.

GAZOTTI, T. C.; CURY V. E. Vivências de psicólogos como integrantes de equipes multidisciplinares em hospital. **Estud. pesqui. psicol**. v.19, n.3, 2019. Disponível em: < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812019000300013>. Acesso em: 18 jan. 2023.

ILHA, B. et al. Vínculo profissional-usuário em uma equipe da Estratégia Saúde da Família. **Cienc. Cuid. Saúde.** Rio Grande. v. 13, n. 3, p. 556-562, 2014. Doi: DOI: 10.4025/cienccuidsaude.v13i3.19661.

LOPES, G. V. D. O., et al. Atenção Domiciliar na Estratégia Saúde da Família: avaliação do grau de implantação em Camaçari (BA). **Saúde Debate**. v. 41, n. 3, p. 241-254, Rio de Janeiro. 2017. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/sdeb/a/WSVPx8DvSLJrH6LTBCxpdhq/>. Acesso em: 18 jan. 2023.

MARQUES, F. P.; BULGARELLI, A. F. Os sentidos da atenção domiciliar no cuidado ao idoso na finitude: a perspectiva humana do profissional do SUS. **Ciênc, saúde coletiva,** v.*25, n.* 6, p. 2063–2072, 2020. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.21782018

NUNES, S. F. L. **Construção e validação de protocolo para cuidados de enfermagem a pessoas com doença de Parkinson e seus familiares na atenção primária**. 2022. 293p. Tese (Filosofia e cuidado em saúde e enfermagem) - Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; Florianópolis, 2022.

OLIVEIRA, A. E. G.; CURY, V. E. A experiência de pacientes assistidos por um serviço de atenção domiciliar (SAD). **Psicologia em Estudo**, v. 25, 2020. Disponível em: < https://www.scielo.br/j/pe/a/X4YqkQrWqHvDKPQdJvmTSNk/#>. Acesso em: 14 mai. 2023.

PEREIRA, J. A. *et al*. Atuação das equipes multiprofissionais de atenção domiciliar com foco no acompanhamento dos idosos dependentes. In: Congresso de Iniciação Científica Unicamp, 2020, Campinas, p. 1-5, jan. 2020. Disponível em: <https://www.prp.unicamp.br/inscricao-congresso/resumos/2020P16331A34227O50.p df> Acesso em: 15 mai. 2023

PEREIRA, R. C. A.; RIVERA, F. J. U.; ARTMANN E. O trabalho multiprofissional na estratégia saúde da família: estudo sobre modalidades de equipes. **Interface (Botucatu)**, v. 17, n. 45., 2013. DOI: https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000006

RAJÃO, F. L.; MARTINS, M. Atenção Domiciliar no Brasil: estudo exploratório sobre a consolidação e uso de serviços no Sistema Único de Saúde. Ciênc. saúde coletiva. v. 25, n. 5, p.1863-18772020. Doi: https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.34692019

SANTOS, V. I. G. **Análise de glosas–gestão de processos a partir dos conceitos do modelo lean healthcare em um hospital da rede privada de Porto Alegre**. 81p. (Monografia) - Administração de empresas, Unisinos, Porto Alegre, 2020.

SAVASSI, L.C.M.; DIAS, M.F. Visita domiciliar. **Grupos de estudo em saúde da família. Belo Horizonte: AMMFC**, 2006. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/540A493676/SAVASSI-LCM-DIAS-MF-Visita-Domiciliar-Grupo-de-Estudos-Em-Saude-Da-Familia#>. Acesso em: 05 mai. 2023.

SAVASSI, L. C. M. Os atuais desafios da Atenção Domiciliar na Atenção Primária à Saúde: uma análise na perspectiva do Sistema Único de Saúde. **Rev Bras Med Fam Comunidade.** v. 11, n. 38, p. 1-12. 2016, disponível em:< https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1259>. Acesso em: 03 jul. 2023.

SAVASSI, L. C. M.; LAGE, J. L.; COELHO, F. L. G. Sistematização de instrumento de estratificação de risco familiar: a Escala de Risco Familiar de Coelho-Savassi. **JMPHC | Journal of Management & Primary Health Care | ISSN 2179-6750**, *[S. l.]*, v. 3, n. 2, p. 179–185, 2013. DOI: 10.14295/jmphc.v3i2.155. Disponível em: https://www.jmphc.com.br/jmphc/article/view/155. Acesso em: 4 ago. 2023.

# CAPÍTULO 2

# EDUCAÇÃO PERMANENTE: UMA POTENCIAL ESTRATÉGIA PARA A IDENTIFICAÇÃO CORRETA DO PACIENTE

*Data de aceite: 01/09/2023*

**Andrieli Daiane Zdanski de Souza**
Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – Rio Grande do Sul.
http://lattes.cnpq.br/1024379701363422

**Josmar Antoônio Romanini**
Hospital Universitário de Canoas- Porto Alegre- Rio Grande do Sul
http://lattes.cnpq.br/7602231479694402

**Josiele de Lima Neves**
Professora substituta da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, Pelotas-Rio Grande do Sul.
http://lattes.cnpq.br/1375862013059196

**Letícia Seara Duarte**
Hospital Restinga e Extremo Sul, Porto Alegre- Rio Grande do Sul.
http://lattes.cnpq.br/9417419300928355

**Marjoriê da Costa Mendieta**
Professora da escola Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC), Pelotas-Rio Grande do Sul.
http://lattes.cnpq.br/1046729562594213

**RESUMO:** relatar a experiência da implementação da pulseira de identificação em um hospital de segurança pública. **Método:** relato de experiência, desenvolvido de janeiro a dezembro de 2016, em unidades clínicas, cirúrgicas e pronto atendimento. **Resultados:** através da implementação da pulseira de identificação, foi possível qualificar o cuidado seguro ao paciente, contribuir na redução de eventos adversos e promover o envolvimento do paciente e familiar. **Considerações Finais:** o estudo demonstrou que o envolvimento dos profissionais, o apoio da direção e a disponibilidade de um profissional destinado para este processo, sensibilizam os atores envolvidos, com isso, através da educação permanente, permitir que esta experiência ocorresse de maneira exitosa, incorporada como prática da instituição.

**PALAVRAS-CHAVE:** Educação permanente. Sistemas de Identificação de Pacientes. Segurança do paciente.

## PERMANENT EDUCATION: A POTENTIAL STRATEGY FOR CORRECT PATIENT IDENTIFICATION

**ABSTRACT:** to report the experience of the implementation of the identification bracelet in a public security hospital. **Method:** experience report, developed from January to December 2016, in clinical, surgical and

emergency care units. **Results:** through the implementation of the identification bracelet, it was possible to qualify the safe care to the patient, contribute to the reduction of adverse events and promote the involvement of the patient and family. **Final Thoughts:** the study demonstrated that the involvement of professionals, the support of the direction and the availability of a professional for this process, sensitize the actors involved, with this, through permanent education, allow this experience to occur successfully, incorporated as a practice of the institution.
**KEYWORDS**: Permanent Education**.** Patient Identification Systems. Patient Safety.

## 1 I INTRODUÇÃO

A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde, instituída em 2004, através da Portaria GM/MS nº 198/04, como uma estratégia do Sistema Único de Saúde (SUS), tem como objetivo a formação e o desenvolvimento dos profissionais que trabalham na saúde (BRASIL, 2004).

A educação permanente em saúde (EPS) é compreendida como aprendizagem no trabalho, em que o aprender e o ensinar se incorporam no dia a dia dos serviços de saúde, sendo realizada a partir dos problemas enfrentados no ambiente de trabalho, levando em consideração conhecimentos e experiências prévias das pessoas (BRASIL, 2009).

Neste contexto, a educação permanente pode ser uma estratégia com potencial para sensibilizar profissionais, gestores e pacientes referente a identificação correta do paciente. Estudo realizado em um centro de alta complexidade avaliou o impacto de uma ação educativa sobre a identificação do paciente, e evidenciou uma melhor compreensão sobre a temática e a importância para o cuidado seguro (RAMOS *et al.*,2022).

Neste cenário, pode-se assegurar que a qualidade da atenção hospitalar está relacionada à qualidade da assistência prestada pelos profissionais que desenvolvem suas atividades (KOERICH *et al.*,2020), portanto, destaca-se a importância de enfatizar processos assistenciais que repercutem para um cuidado embasado nos protocolos preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2007).

Em consonância, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), por meio da Portaria MS/GM nº 529, em 2013, no qual, em um dos protocolos básicos, há um direcionamento da atenção à implementação da Meta 1: Identificar os pacientes corretamente (BRASIL, 2013a).

Diante do exposto, este estudo busca contribuir sobre a importância da educação permanente como dispositivo para sensibilizar os profissionais de saúde acerca da identificação correta do paciente no ambiente hospitalar. Assim, traz como objetivo relatar a experiência da implementação da pulseira de identificação em um hospital de segurança pública.

## 2 | MÉTODO

A implementação da pulseira de identificação surgiu de uma proposta da supervisão de enfermagem e do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), pois se observou através dos indicadores da instituição, eventos adversos decorrentes da falta de identificação do paciente.

Em um primeiro momento, foi elaborado um projeto descrevendo os custos para a implementação, assim como o investimento financeiro necessário para a manutenção desse processo. Adicionalmente, foi realizada uma revisão de literatura em bases de dados científicas, trazendo estudos que explanassem sobre a importância correta da identificação do paciente.

O hospital em que o estudo ocorreu, possui aproximadamente 95 leitos, atendendo pacientes de saúde suplementar, contando com uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e um pronto atendimento (PA) 24 horas. Os profissionais de saúde são constituídos por oficiais militares, servidores civis e serviço terceirizado.

O projeto foi apresentado para a direção do hospital e transcorrido 15 dias, a instituição autorizou a compra de recursos para a implementação da pulseira de identificação. Destaca-se que foi designada uma vaga na instituição para o profissional enfermeiro conduzir esse processo, e em sequência, monitorar a utilização da pulseira de identificação.

O protocolo de identificação do paciente orienta padronizar no mínimo dois identificadores, tais como: nome completo do paciente, nome completo da mãe do paciente, data de nascimento do paciente, número de prontuário do paciente (BRASIL, 2013b).

As pulseiras de identificação foram implementadas nas unidades de internação clínica, cirúrgica e no pronto atendimento, entre março e junho de 2016. Em um primeiro momento, a implementação foi iniciada em uma unidade de internação clínica e após, gradativamente, implementadas nas demais unidades. Foi padronizado o membro superior direito para colocar a pulseira, na qual deveriam constar os seguintes identificadores: nome completo do paciente e número do prontuário, sendo este identificado na admissão.

O processo de monitoramento das pulseiras ocorreu através da elaboração de um formulário para conduzir o enfermeiro nesta avaliação. Neste formulário constavam as condições da pulseira e os identificadores supracitados. Após essa etapa, o enfermeiro conferia os identificadores com o prontuário do paciente, na premissa de verificar se as informações estavam coerentes.

Além disso, o enfermeiro acompanhava semanalmente, nas unidades participantes do estudo, um profissional de saúde realizar o atendimento, observando se a pulseira de identificação estava sendo conferida nos momentos preconizados.

## 3 I DESENVOLVIMENTO

Durante a experiência de implementação da pulseira de identificação no hospital do estudo, o profissional enfermeiro foi quem conduziu o processo de educação permanente em saúde, estabeleceu diálogo colaborativo com todas as pessoas envolvidas e, recebeu apoio e estímulo da direção do hospital.

Corroborando com esse achado, o enfermeiro apresenta um papel importante no processo de transição e reestruturação dos serviços, visto que apresenta formação gerencial e está envolvido nas ações de envolvimento do paciente nos cuidados de saúde, humanização do cuidado, segurança do paciente, assim como estimulando o processo de aperfeiçoamento da equipe de enfermagem (KOERICH *et al*., 2020).

Na premissa que o processo de implementação ocorresse de maneira promissora e fosse incorporado pela instituição, foram realizadas capacitações, rodadas de conversas com os profissionais de enfermagem, a fim de sensibilizá-los sobre a importância da identificação correta do paciente durante o processo de internação. Ademais, os profissionais do setor administrativo, envolvidos na compra dos recursos e na impressão dos dados adicionados às pulseiras, também participaram das reuniões sobre o assunto investigado.

Durante o processo de monitoramento deste projeto se identificou problemas de integridade, ilegibilidade dos identificadores, além da ausência de pulseiras em pacientes internados. No que tange a avaliação do uso da pulseira em pacientes hospitalizados em unidades de internação, um estudo quantitativo evidenciou como principais inconformidades nomes incompletos, números de registros diferentes, ilegibilidade dos dados e problemas na integridade (HOFFMEISTER; MOURA, 2015), o que corrobora com os nossos achados.

Ao investigar as situações em que o paciente estava sem a pulseira de identificação, as justificativas foram decorrentes de retirada da pulseira para realização de punção venosa, com o esquecimento do profissional em recolocá-la; relatos de pacientes de que a pulseira se apagava facilmente durante o banho e trazia desconfortos, como aperto e prurido.

Em consonância, estudo que investigou o processo de identificação dos pacientes em serviços hospitalares com enfermeiros responsáveis técnicos, evidenciou que 50% das reclamações dos pacientes estavam relacionadas à pulseira estar apertada, 25% à pulseira causar incômodo e calor, e 25% por causar alergia (BRITO *et al*., 2021), o que vêm ao encontro das nossas descobertas.

Diante disso, salienta-se que cabe às instituições traçarem estratégias para mitigar desconfortos que comprometam a adesão dos pacientes às iniciativas de garantir segurança nos processos. Compreende-se que além dos profissionais, o envolvimento do paciente e dos familiares também precisa ser estimulado e recebe destaque nesse processo de implementação.

Alinhados a essa perspectiva, uma revisão integrativa identificou que o envolvimento

do paciente pode evitar erros, assim como a educação do paciente sobre a temática foi importante na premissa de melhorar as percepções e atitudes do paciente sobre sua própria segurança no hospital (SOUZA *et al*.,2022).

Nesse cenário, durante os meses de implementação da pulseira de identificação, foram realizados diálogos com os pacientes internados, na própria enfermaria, e na sala de espera do PA, explicando e orientando pacientes e familiares sobre a importância da adesão na utilização da pulseira de identificação durante todo o processo de internação.

Percebeu-se que a sensibilização deve ser inicialmente, intensificada com os profissionais envolvidos, os primeiros incentivadores do processo. Outrossim, considerar os pacientes como corresponsáveis no cumprimento da Meta 1 e, considerar os familiares como apoiadores às práticas que envolvem a segurança do paciente, incentivados a intermediarem a comunicação em situações em que as pulseiras necessitarem de troca ou estiverem ausentes.

Segundo a *Joint Commission International* (*JCI)* e a Organização Mundial de Saúde (OMS), as metas internacionais para segurança do paciente, dentre elas a identificação do paciente, são prioridades indiscutíveis (WHO, 2007). Cabe ainda mencionar que dentre os identificadores do paciente, a pulseira pode ser de fácil implementação na rotina de admissão hospitalar, além do baixo custo.

Assim, observou-se com esta experiência que a segurança do paciente não está relacionada a altos investimentos e sim com o processo de sensibilizar e incorporar isso nas práticas dos profissionais. Todavia, para que esta estratégia de fácil aplicabilidade seja consolidada, é imprescindível que as instituições estejam empenhadas na construção de soluções e propostas para este fim.

Nesta premissa, estratégias de aprendizado como a ação de EPS não se trata apenas de capacitação ou treinamento, mas da construção em equipe de conhecimentos de maneira horizontal, intersetorial e interdisciplinar (SARRETA, 2009).

Quando se vislumbra a necessidade de transformações na cultura organizacional de serviços de saúde, destaca-se como possibilidade a educação permanente, pois esta visa alcançar o desenvolvimento dos sistemas de saúde, reconhecendo no processo de trabalho o principal meio de transformação (BRASIL, 2009).

Por meio da avaliação dos indicadores da instituição, observou-se que a partir da implementação das pulseiras de identificação, foi possível reduzir em 90% os eventos adversos relacionados a procedimento e paciente errado.

## 4 I CONCLUSÃO

Constatou-se que após a implementação da pulseira de identificação, foi possível trabalhar em ações em prol de um cuidado seguro para o paciente, reduzir eventos adversos e sensibilizar todos os atores envolvidos no processo.

Cabe ressaltar que o processo de sensibilização dos profissionais, ocorre de maneira lenta e exige persistência e paciência dos profissionais que coordenam o serviço.

## REFERÊNCIAS


BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde.** Brasília, DF, 2009. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf. Acesso em: 10 jun. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Segurança do Paciente: protocolo de identificação do paciente**. Brasília: 2013b. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/protocolos-basicos/protocolo-de-identificacao-do-paciente/view. Acesso em: 25 jun. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013.** Brasília, 2013a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 10 jun. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 198/GM - MS, de 13 de fevereiro de 2004**. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Brasília: MS, 2004. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/comum/13150.html. Acesso em: 20 abr. 2023.

BRITO, M.F.P. *et al*. Processo de identificação do paciente em serviços de saúde. ***Brazilian Journal of Health Review***, v.4, n.2, p. 4343-4356. Disponível em: https://doi.org/10.34119/bjhrv4n2-030. Acesso em: 15 jul. 2023.

HOFFMEISTER, L.V.; MOURA, G.M.S.S. Uso de pulseiras de identificação em pacientes internados em um hospital universitário**. Rev. Latino-Am.Enfermagem**, v.23, n.1, p.36-43, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/CJrjgHtvGYPpNvH6xnsxYrS/?format=pdf&lang=pt. Acesso em: 20 jul.2023.

KOERICH, C.; ERDMANN, A.L.; LANZONI, G.M.M. Professional interaction in management of the triad: permanent education in health, patient safety and quality. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 28, p. 1-10, 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1518-8345.4154.3379. Acesso em: 27 jun. 2023.

RAMOS, J.N. *et al*. Educação Permanente em Saúde: uma estratégia para melhorar a identificação segura do paciente. **O Mundo da Saúde**, v.46, p.153-160, 2022. Disponível em: DOI: 10.15343/0104-7809.202246153160. Acesso em: 28 jun. 2023.

SARRETA, FO. **Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS [online]**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009. 248 p. ISBN 978-85-7983-009-9. Disponível em: https://static.scielo.org/scielobooks/29k48/pdf/sarreta-9788579830099.pdf. Acesso em: 25 jul. 2023.

SOUZA, A.D.Z.; HOFFMEISTER, L.V.; MOURA, G.M.S.S. Facilitadores e barreiras do envolvimento do paciente nos serviços hospitalares: revisão integrativa. **Texto & Contexto- Enfermagem**, v. 31, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0395pt. Acesso em: 04 jul. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Collaborating Centre for Patient Safety Solutions. **Solution 2: patient identification.** Patient Safety Solutions. 2007.Disponível em: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/patient-safety-solutions/ps-solution2-patient-identification.pdf?sfvrsn=ff81d7f9_6. Acesso em: 08 jun. 2023.

# CAPÍTULO 3

# ESPECIALIZAÇÃO MULTIPROFISSIONAL EM SEGURANÇA DO PACIENTE: REPERCUSSÕES PARA A QUALIFICAÇÃO DO CUIDADO

*Data de submissão: 17/07/2023* *Data de aceite: 01/09/2023*

**Andrieli Daiane Zdanski de Souza**
Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – Rio Grande do Sul.
http://lattes.cnpq.br/1024379701363422

**Letícia Seara Duarte**
Hospital Restinga Extremo Sul, Universidade Feevale, Novo Hamburgo-Rio Grande do Sul.
http://lattes.cnpq.br/9417419300928355

**Ana Cristina Pretto Báo**
Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre – Rio Grande do Sul.
http://lattes.cnpq.br/3067352775326066

**Elcilene Andreine Terra Durgante Alves**
Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul.
http://lattes.cnpq.br/0634396804521676

**Robianca Munaretti**
Facilitadora/Docente IEP Sírio Libanês – PROADI/SUS/DGPSUS/QSUS
http://lattes.cnpq.br/1834554298082089

**RESUMO:** relatar a experiência de profissionais que cursaram uma especialização multiprofissional em qualidade e segurança no cuidado ao paciente. **Método:** trata-se de um relato de experiência sobre uma especialização em qualidade e segurança do paciente, que ocorreu entre março a dezembro de 2017, para 40 profissionais da área da saúde, que atuavam na assistência ao paciente e gestores, da região sul do Brasil. O curso foi conduzido através metodologias ativas, com encontros *on-line*, presenciais e práticos. **Resultados**: colocar em prática esse método de ensino aprendizagem possibilitou aos alunos compartilharem conhecimentos e vivências com outros profissionais de diferentes serviços de saúde. Ademais, percebeu-se a importância do trabalho em equipe multiprofissional, assim como a temática qualidade e segurança do paciente perpassa pelas diferentes esferas no ambiente de trabalho. **Considerações Finais:** a pós-graduação sensibilizou os profissionais acerca da temática abordada, substanciada pelo pensamento crítico, cuidado humanizado, repercutindo em mudanças na prática clínica dos serviços de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Equipe Multiprofissional. Metodologias Ativas. Segurança do paciente. Serviços de Saúde.

## MULTIDISCIPLINARY SPECIALIZATION IN PATIENT SAFETY: REPERCUSSIONS FOR THE QUALIFICATION OF CARE

**ABSTRACT:** Reporting the experience of professionals who have studied a multidisciplinary specialization in quality and security in patient care. **Method:** this is an experience report on a specialization in quality and patient safety, which occurred between March and December 2017, for 40 professionals in the health area, who worked in patient care and managers in the Southern Region of Brazil. The course was conducted through active methodologies, with online, face-to-face and practical meetings. **Results:** putting this method of learning into practice enabled students to share knowledge and experiences with other professionals from different health services. In addition, it was noticed the importance of the work in professional team, as well as the quality and safety of the patient through the different spheres in the work environment. **Final considerations:** the postgraduate education sensitized professionals about the theme addressed, substantiated by the critical opening, humanized care, reflecting changes in the practice of health services.
**KEYWORDS:** Multidisciplinary Team. Active methodologies. Patient Safety. Health services.

## 1 I INTRODUÇÃO

A formação dos profissionais de saúde, em muitas instituições, ainda sustenta-se no modelo biomédico, com uma abordagem hierárquica, em que o conhecimento é transmitido de maneira verticalizada, aulas expositivas, centrado no saber do professor (ROMAN et al.,2017).

As Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), lançadas em 2001 e atualizadas em 2014, propõem mudanças nos cursos de ensino superior na área da saúde, na qual se enfatiza a promoção de saúde, trabalhando na formação de profissionais críticos, colaborativos, éticos, e conscientes do seu papel com a melhoria da qualidade de vida e saúde da população (BRASIL, 2017; CASTRO et al.,2019; FERREIRA et al.,2019).

Adicionalmente, essas diretrizes também apontam para um perfil de profissional na perspectiva do trabalho coletivo em saúde, organizado de maneira interdisciplinar e interprofissional (BRASIL, 2017; CASTRO et al.,2019). Destaca-se a importância das instituições de ensino receber apoio e estímulos para desenvolverem Programas de Residência Médica, Multiprofissional e em Área Profissional da Saúde (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, a temática segurança do paciente, também deveria ser trabalhada e incluída nas diretrizes curriculares dos cursos da área da saúde, visto que é uma recomendação da Organização Mundial da Saúde (OMS) (WHO, 2008). Além disso, o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), instituído por meio da Portaria nº 529, em 2013, destaca como um dos eixos a inclusão da temática segurança do paciente na graduação, como também nos cursos de pós-graduação (BRASIL, 2013).

Alinhando-se a essa realidade, uma das estratégias para atender a essas mudanças, pode ser a utilização de metodologias ativas, pois docentes e discentes mediatizados pela realidade que apreendem e da qual extraem o conteúdo de aprendizagem, atingem

um nível de consciência dessa mesma realidade, a fim de nela atuarem, num sentido de transformação social (OSTERMANN; CAVALCANTI, 2010).

Mediante esse cenário, destaca-se a importância de formação de profissionais capazes de atuar com os preceitos da integralidade da atenção à saúde, do trabalho em equipe, possibilitando uma perspectiva colaborativa, interdisciplinar e interprofissional (BRASIL, 2017).

A literatura aponta que o trabalho em equipe multiprofissional pode ser entendido como uma modalidade de trabalho coletivo, que se caracteriza em uma relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais (PEDUZZI, 2001).

Diante do exposto, o presente estudo tem como objetivo relatar a experiência de profissionais da saúde que cursaram uma especialização multiprofissional em qualidade e segurança no cuidado ao paciente.

## 2 | MÉTODO

Trata-se de um relato de experiência, de ações desenvolvidas durante uma Pós-Graduação *Lato Sensu* em Qualidade e Segurança no Cuidado ao Paciente, desenvolvido no período de março a dezembro de 2017, com carga horária de 360 horas, na região Sul do Brasil.

Destaca-se que esta especialização foi concebida em 2014, a partir de uma demanda do PNSP, que tem como objetivo geral contribuir para a qualificação do cuidado nos serviços de saúde do território nacional, fazendo parte do Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde (PROADI-SUS) (SCHIESARI *et al.*, 2017). O principal propósito desta iniciativa é que estava voltado à formação dos profissionais de saúde vinculados ao SUS, com vistas à melhoria da qualidade de vida e saúde, da eficiência, eficácia e efetividade do sistema de saúde.

Participaram da pós-graduação, 40 profissionais que trabalhavam diretamente na assistência e gestores nos serviços de saúde, tais como: assistentes sociais, enfermeiros, farmacêuticos, médicos, psicólogos e fisioterapeutas. Os profissionais que participaram do curso atuavam em hospitais, tanto públicos como privados, unidades de pronto-atendimento e atenção básica. As atividades educacionais com os especializando aconteceram com periodicidade mensal, desenvolvidas em encontros locais, com duração de três dias, por um período de 10 meses.

A especialização foi conduzida através de atividades *on-line*, presenciais e práticas. O programa da especialização foi orientado por competências, que em conjunto com as metodologias ativas de ensino-aprendizagem potencializam e constroem capacidades voltadas a diferentes realidades. O perfil de competências utilizado como referência foi desenvolvido pelos autores, a partir dos referenciais teórico-metodológicos a abordagem

holística de competência com princípios da educação de profissionais de saúde no contexto do SUS (LIMA; RIBEIRO, 2016).

Os assuntos abordados foram: Atenção para o cuidado seguro, organização do trabalho para a segurança do paciente; Metas internacionais sobre segurança do paciente; Compreendendo o protocolo para investigação e análise de incidentes clínicos; A importância da notificação de eventos adversos; Educação permanente, como sensibilizar equipes sobre o assunto? Educação na saúde: construção e produção de conhecimento para o cuidado seguro.

A pós-graduação foi embasada em metodologias ativas, sendo utilizados como recursos: situação problema, portfólio reflexivo, narrativa da prática, aprendizagem baseada em equipe (*Team Based Leaming* – TBL), plenária, oficina de trabalho, viagem educacional, projeto aplicativo e trabalho de conclusão de curso.

## 3 I DESENVOLVIMENTO

A segurança do paciente é uma temática que vem sendo discutida mundialmente, tendo chamado a atenção da população em 1999, nos Estados Unidos, quando o Instituto Americano de Medicina apresentou o relatório denominado "*Err is human*", à qual se estimou que entre 44mil e 98mil pessoas morrem por ano em hospitais devido a eventos adversos evitáveis, sendo considerada uma estatística maior que os acidentes de trânsito, câncer de pulmão e AIDS (KOHN et al., 2000).

Nessa conjuntura, reconhecendo este problema a nível global, a OMS em 2004 criou a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente. Esse programa é composto por estratégias, diretrizes e metas internacionais, que tem como objetivo difundir e melhorar, em diversos países, práticas que viabilizam a segurança do paciente (WHO, 2018).

A presente especialização foi embasada nas estratégias e diretrizes do PNSP e das metas internacionais de segurança do paciente. Esses conteúdos foram abordados e trabalhados pelos facilitadores, mediados pelas metodologias ativas.

A despeito disso, foi um desafio para os alunos realizar esta troca de experiências e conhecimentos embasados no método proposto. Desafio, pois a idade dos integrantes do curso variou de 25 a 60 anos e o tempo de formação profissional foi entre dois e 30 anos, logo os profissionais são egressos de um modelo de ensino tradicional, hierárquico, na qual o professor é o detentor do saber e o aluno, o receptor passivo (ESTEVES et al.,2019).

Romper essa dicotomia com o processo de ensino-aprendizagem é uma barreira para ambas às partes, pois os alunos estão inseridos em um sistema de saúde sustentado por uma hierarquia conservadora, sem flexibilidade, repercutindo na dificuldade de se trabalhar com um cuidado multiprofissional.

Nesta perspectiva, ressalta-se que a segurança do paciente não é uma problemática individual, e nem de uma única categoria profissional, não obstante a formação profissional

parte do pressuposto de que o processo de trabalho seja desenvolvido livre de erros, enraizado na noção de que errar é algo inaceitável (WHO, 2008; BRASIL, 2014; WEGNER et al.,2016).

É iminente a necessidade de repensar esse processo, pois a temática de segurança do paciente precisa com urgência ser problematizada nas universidades e serviços de saúde. Uma possibilidade para a reflexão desse tema são as residências e especializações multiprofissionais (BRASIL, 2017), educação permanente no processo de trabalho, interesse dos gestores e lideranças em propiciar espaços de diálogo sobre o assunto investigado.

A presente especialização propiciou aos alunos, através de diversas estratégias, tanto individuais como em grupos, construírem sua formação na temática proposta, assim como a proposição de mudanças em seus respectivos locais de trabalho. Em um primeiro momento, foi apresentado o portfólio, documento em que o aluno descreve sua trajetória, realiza reflexões, destaca suas pontecialidades, impressões e dificuldades no seu desenvolvimento ao longo do curso (BRASIL, 2017).

Adicionalmente, os alunos entraram em contato com a situação problema, aprendizagem baseada em equipe, plenária, oficina de trabalho, viagem educacional, projeto aplicativo e trabalho de conclusão de curso. Todas essas ações educacionais, cada qual com suas particularidades, têm por objetivo instrumentalizar o pós-graduando para o enfrentamento de situações práticas e diárias do seu processo de trabalho (SCHIESARI et al., 2017).

Corroborando com esses achados, uma revisão sistemática identificou algumas estratégias de metodologias ativas, tais como: estudo de casos clínicos, problematização, aprendizagem baseada em equipe, viagens educacionais, mesas-redondas, seminários e exposições dialogadas. Os autores trazem como tendência inovadora, a descoberta em considerar o portfólio como metodologia ativa (FERRARIN; BEHRENS; TORRES, 2022).

Chama a atenção que nesta revisão, 72% dos artigos encontrados, investigaram esse processo de aprendizagem nos cursos de graduação. Conforme destacado no estudo, a maioria das produções ocorreu a partir de 2019 (FERRARIN; BEHRENS; TORRES, 2022), portanto considerado um assunto recente e talvez justifique a pouca aplicação em cursos de pós-graduação.

A presente especialização estimulou durante todo o processo, a elaboração do portfólio, seja através de encontros com o facilitador, diálogo com os colegas, discussões sobre o assunto no grande grupo, buscando que essa ferramenta de aprendizagem fosse incorporada na trajetória dos alunos.

Outra estratégia utilizada na especialização foi a elaboração do projeto aplicativo. Esse projeto é estruturado a partir das demandas sociais relacionadas à saúde que o especializando observa, sendo possível propor uma intervenção no ambiente de trabalho, na premissa de provocar melhorias no serviço de saúde, articulando ensino-serviço (CALEMAN et al., 2018).

O projeto aplicativo foi elaborado em grupos, considerando a percepção de uma equipe multiprofissional, com vivências e experiências singulares, o que possibilitou a construção de uma intervenção com diferentes concepções, direcionadas para a qualidade e segurança do paciente.

Diante do exposto, o projeto aplicativo é uma ferramenta educacional que possibilita a construção e sistematização de conhecimentos, especialmente voltados à oportunidade de disparar processos de mudança no modo de produzir ações de saúde. Além disso, também contribui para a construção da autonomia dos profissionais de saúde para lidar com situações que permeiam o cotidiano do trabalho.

Ressalta-se que nas metodologias ativas, o especializando é provocado a construir saberes, a partir de reflexões sobre suas vivências, processos de cuidado, sendo protagonista de sua qualificação. Compreende-se que esta especialização ao ser conduzida com essa metodologia de ensino-aprendizagem, teve o objetivo de aproximar a pesquisa com a realidade local dos serviços de saúde, estimular o trabalho em equipe multiprofissional, como também vem ao encontro das DCN.

Destaca-se que alguns profissionais que cursaram esta especialização, através do processo de sensibilização que o curso provocou, ingressaram em programas de mestrado e doutorado, fomentando pesquisas nessa área.

Conclui-se que a qualidade e segurança do paciente é uma temática complexa, sendo necessário investir em políticas públicas, ensino, gestão, educação permanente, para ser possível transcender o conhecimento teórico para a prática assistencial, permeado pelo trabalho multiprofissional.

## 4 | CONCLUSÃO

A especialização multiprofissional propiciou inúmeras discussões acerca da temática qualidade e segurança no cuidado ao paciente, essas que podem ser levadas para a prática dos profissionais e repercutirem em melhorias para os serviços de saúde. Também foi possível perceber a importância de se investir em educação, formação de profissionais de saúde, para dessa maneira, este assunto ser cada vez mais incorporado nos serviços de saúde, em busca de um ambiente seguro para todos.

O estudo sugere a inclusão de cursos com essa metodologia de ensino, tanto na graduação e pós-graduação, na premissa de provocar mudanças gradativamente no atual modelo de saúde, construindo algo mais horizontal, pautado no trabalho em equipe multiprofissional.

## REFERÊNCIAS


BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017.** Dispõe sobre os cursos da modalidade educação a distância na área da saúde. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2017/Reso569.pdf. Acesso em: 10 jun. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 529, de 01 de abril de 2013**. Brasília, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0529_01_04_2013.html. Acesso em: 10 mar. 2023.

_____. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**, Brasília, 2014. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documento_referencia_programa_nacional_seguranca.pdf. Acesso em: 10 jun. 2023.

CALEMAN, G. et al. **Projeto Aplicativo: Termos de referência**. 1. ed. São Paulo: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa; Ministério da Saúde, 2016. 54p. (Projetos de Apoio ao SUS). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322580654_Projeto_Aplicativo_-_TERMOS_DE_REFERENCIA. Acesso em: 09 jun. 20

CASTRO, F. S.; CARDOSO, A. M.; PENNA, K. G. B. D. As diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação da área da saúde abordam as políticas públicas e o Sistema Único de Saúde? **Revista Brasileira Militar de Ciências,** v.5, n.12, 2019. DOI: 10.36414/rbmc.v5i12.11. Disponível em: https://doi.org/10.36414/rbmc.v5i12.11. Acesso em: 09 jul. 2023.

ESTEVES, R.M.M.G. et al. A escola tradicional e as questões da escola contemporânea. Apresentado no XI SIMPED- Simpósio Pedagógico e Pesquisas em Educação –, p.1-11,2019. Disponível em: https://www.aedb.br/simped/artigos/artigos19/23229344.pdf. Acesso em: 05 abr. 2023.

FERRARINI, B.; BEHRENS, M.A.;TORRES, P.L. Metodologias ativas e portfólios avaliativos: O que dizem as pesquisas no Brasil sobre essa relação? Educação em Revista Belo Horizonte, v.38,34179, 2022. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-469834179. Acesso em: 6 jul. 2023.

FERREIRA, M.J.M. et al. Novas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Medicina: oportunidades para ressignificar a formação. **Interface (Botucatu)**, v.23, supl.1, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.1590/Interface.170920. Acesso em: 03 mar. 2023.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. **To err is human: building a safer health system.** Washington DC: National Academy Press, 2000.

LIMA, V.V.; RIBEIRO,E.C.O. O perfil de competência do facilitador de aprendizagem. **Processos Educacionais na Saúde: ênfase em avaliação de competência.** Caderno do Curso. São Paulo: Ministério da Saúde; Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016.

OSTERMANN, F.; CAVALCANTI, C.J.H. **Teorias de Aprendizagem.** Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, n.1, p.103-139,2001. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v35n1/4144.pdf. Acesso em:01 jul. 2023.

ROMAN, C. *et al*. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem no processo de ensino em saúde no Brasil: uma revisão narrativa. **Clinical And Biomedical Research**, Porto Alegre, v. 37, n.4, p. 349-357, 2017. Disponível em: http://dx.doi.org/10.4322/2357-9730.73911. Acesso em: 27 abr. 2022.

SCHIESARI, L. et al. **Curso de especialização em qualidade e segurança no cuidado ao paciente**. São Paulo: Hospital Sírio-Libanês; Ministério da Saúde, 2017. 74p. (Projetos de Apoio ao SUS). Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/322580662_Qualidade_e_Seguranca_no_Cuidado_ao_Paciente. Acesso em: 03 mar. 2023.

WEGNER, W. *et al*. Educação para cultura da segurança do paciente: Implicações para a formação profissional. **Escola Anna Nery**, v. 20, n.3, 2016. Disponível em:https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160068. Aceso em: 06 jun. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **World Alliance for Patient Safety. Forward Programme 2008-2009**. Geneva (Switzerland): World HealthOrganization; 2008.

# CAPÍTULO 4

# ESTRATÉGIAS ADOTADAS E DIFICULDADES ENFRENTADAS PELA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NA ASSISTÊNCIA À MULHER VÍTIMA DE VIOLÊNCIA: UMA REVISÃO DA LITERATURA


*Data de Submissão: 04/07/2023* *Data de aceite: 01/09/2023*



**Simone Souza de Freitas**
Mestranda pelo Programa Profissional em Saúde da Família (PROFSAUDE/MPSF) – Fiocruz-PE. Recife, PE, Brasil.
https://wwws.cnpq.br/3885340281560126

**Nara Gabriel Nigro Rocha**
Bacharelado em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco – UPE. Recife, PE, Brasil.
http://lattes.cnpq. br/4234850858676406

**Eronildo José dos Santos**
Enfermeiro especialista em Unidade de Terapia Intensiva Geral e Nefrologia pela Faculdade Metropolitana de Ciencias e Tecnologia – FAMEC. Recife, PE, Brasil.
http://lattes.cnpq.br/6993225634275997

**Gicely Regina Sobral da Silva Monteiro**
Doutorado em Enfermagem- Programa Associado de pós graduação em enfermagem UPE/UFPB. João Pessoa, PB, Brasil.
http://lattes.cnpq.br/5641037917019913

**Fabiola Maria da Silva Aragão Lobos**
Medicina pela Universidade Privada del Valle- revalidada pela UFMT. Recife, PE, Brasil.

**Maria Eduarda da Silva Aragão Lobos**
Medicina pela Faculdade de Medina de Olinda- FMO. Olinda, PE, Brasil.
http://lattes.cnpq.br/2035145924366945

**Florisneide Maria da Silva Aragão**
Especialista em Saúde Coletiva com Ênfase na Estratégia de Saúde da Família pela Fundação de Ensino Superior de Olinda- FUNESO. Olinda, PE, Brasil.

**Izabella da Silva Melo**
Especialista em Urgência e Emergência pelo Grupo CEFAPP. Recife, PE, Brasil.

**Cristiane Rodrigues da Silva Machado**
Especialista em Saúde Pública com Ênfase em Saúde da Família -UNINTER/SE. Recife, PE, Brasil.
http://lattes.cnpq.br/7295281121916189

**Morgana Valesca de Melo Bezerra**
Especialista em Preceptoria na Atenção Primária à Saúde pela Faculdade Pernambucana em Saúde. Recife, PE, Brasil.
http://lattes.cnpq.br/6938142937045429

**Athos Phillip de Carvalho Chaves**
Especialização em Saúde Pública pela Associação Caruaruense de Ensino Superior (ASCES-UNITA). Recife, PE, Brasil.
http://lattes.cnpq.br/6447675168382023

**Vanessa dos Santos Nunes**
Enfermeira pela Fundação de Ensino Superior de Olinda- FUNESO. Olinda, PE, Brasil.
http://lattes.cnpq.br/3685810335067717

**Arthur Henrique Araujo da Silva**
Enfermagem pelo Centro Universitário-UNIFACISA, Brasil.
http://lattes.cnpq.br/7531160571421704

**Maria Eliane Ramos de Oliveira**
Bacharel em enfermagem no Centro Universitário Estácio do Recife. Recife, PE, Brasil.
http://lattes.cnpq.br/7734837183857850

**RESUMO**: **Introdução:** A violência contra a mulher (VCM) é caracterizada como uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que ocasione ou venha ocasionar em sofrimento, agravo psicológico, desenvolvimento prejudicado, privação e até levar a morte. **Objetivo:** identificar as estratégias e dificuldades na assistência multiprofissional à saúde da mulher em situação de violência doméstica segundo a literatura. **Metodologia:** Este trabalho envolveu uma pesquisa de revisão integrativa. O qual foi elaborado em seis fases, consistindo na identificação do tema, elaboração da pergunta norteadora ou questão da pesquisa. Seguido desse passo, houve a busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa. O levantamento bibliográfico realizou-se no mês de junho de 2023 através da busca na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS Saúde), onde foram selecionadas as bases de dados: MEDLINE, BDENF, LILACS e Index. **Resultado e Discussão:** No aspecto categorial foi observada as estratégias adotadas pela equipe multiprofissional para prevenção da violência contra a mulher como: acolhimento; trabalho entre e com as Rede(s) de apoio; uso da estrutura do serviço ou da organização para escuta qualificada; a formação dos profissionais e as diversas abordagens sobre violência; e a relação com outras organizações que fazem parte da rede de enfrentamento à violência contra a mulher, capaz de operar de forma integral e fornecer atendimento especializado que atenda às necessidades das vítimas durante o processo de enfrentamento. **Conclusão:** É fundamental desenvolver estratégias que revelem o cuidado e a proteção dessas mulheres, a fim de romper o ciclo vicioso de violações que elas enfrentam. Como estratégias de superação para cenário atual, vislumbra-se fortalecer as equipes multiprofissionais de saúde, através da interdisciplinaridade e enriquecimento do currículo acadêmico para uma formação profissional qualificada, disseminando a importância da educação continuada, e trazendo o aperfeiçoamento das equipes multiprofissionais de saúde para a promoção de uma comunicação eficaz e colaborativa entre os profissionais de diferentes áreas, compartilhando informações e expertise para oferecer um suporte mais completo.

**PALAVRAS-CHAVE:** Violência Doméstica; Violência contra a Mulher; Equipe multiprofissional; Rede de Enfrentamento.

## ADOPTED STRATEGIES AND DIFFICULTIES FACED BY THE MULTIPROFESSIONAL TEAM IN ASSISTING WOMEN VICTIMS OF VIOLENCE: A LITERATURE REVIEW

**ABSTRACT: Introduction:** Violence against women (VAW) is characterized as the use of physical force or power, in threat or in practice, against oneself, another person or against a group or community that causes or will cause suffering, psychological harm, development impaired, deprivation and even lead to death. **Objective:** to identify strategies and difficulties in multidisciplinary health care for women in situations of domestic violence according to the literature. **Methodology:** This work involved an integrative review research. Which was elaborated in six phases, consisting of the identification of the theme, elaboration of the guiding question or research question. This step was followed by a search or sampling in the literature, data collection, critical analysis of the included studies, discussion of the results and presentation of the integrative review. The bibliographic survey was carried out in June 2023 through a search in the Virtual Health Library (VHL Health), where the databases were selected: MEDLINE, BDENF, LILACS and Index. **Result and Discussion:** In the categorical aspect, the strategies adopted by the multidisciplinary team to prevent violence against women were observed, such as: embracement; working between and with the Support Network(s); use of the structure of the service or organization for qualified listening; training of professionals and different approaches to violence; and the relationship with other organizations that are part of the network to combat violence against women, capable of operating comprehensively and providing specialized care that meets the needs of victims during the confrontation process. **Conclusion:** It is essential to develop strategies that reveal the care and protection of these women, in order to break the vicious cycle of violations that they face. As overcoming strategies for the current scenario, it is envisaged to strengthen multidisciplinary health teams, through interdisciplinarity and enrichment of the academic curriculum for qualified professional training, disseminating the importance of continuing education, and bringing the improvement of multidisciplinary health teams to the promotion of effective and collaborative communication between professionals from different areas, sharing information and expertise to offer a more complete support.
**KEYWORDS:** Domestic Violence; Violence against Women; Multiprofessional team; Coping Network.

## INTRODUÇÃO

A violência contra a mulher (VCM) é considerada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (2021), como um grave problema de saúde pública (OMS, 2021). A qual, é caracterizada como uso de força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade que ocasione ou venha ocasionar em sofrimento, agravo psicológico, desenvolvimento prejudicado, privação e até levar a morte (ALBUQUERQUE, 2020).

Conforme a OMS (2021) estima-se que no mundo, uma em cada três mulheres é, já foi, ou será vítima de violência doméstica ao longo de sua vida (OMS, 2021). Já no

Brasil, no período de 1980 a 2013, consoante o "Mapa da Violência 2015: Homicídio de Mulheres no Brasil" houve aumento de 252% de mulheres vítimas de assassinato no país (CERQUEIRA, 2019).

Nesse contexto, a Lei de nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, traz, entre outras disposições, a obrigatoriedade da notificação compulsória, em território nacional, dos casos de violência contra a mulher atendidos em serviços de saúde públicos e/ou privados (BARROS, 2016). Para os efeitos desta Lei, entende-se que a violência contra a mulher inclui violência física, sexual e psicológica, devendo ser notificada em ocorrências em âmbito intrafamiliar, doméstico, ou em qualquer outra relação interpessoal, desde que o agressor conviva ou tenha convivido no mesmo domicílio que a mulher (BRASIL, 2023). A notificação abrange casos de violação, maus-tratos e abuso sexual (CAMPOS, 2020).

No intuito de garantir os direitos da mulher na sociedade, ao delimitar a modalidade de violência que atinge a mulher no âmbito doméstico e familiar, surge a Lei de nº 11.340, de 7 de agosto de 2006, conhecida como Lei Maria da Penha (BRASIL, 2023). A qual, configura violência doméstica e familiar contra a mulher qualquer ação ou omissão baseada no gênero que lhe cause morte, lesão, sofrimento físico, sexual ou psicológico e dano moral ou patrimonial (FBSP, 2020).

Tal constatação exige uma reorganização dos serviços de saúde para melhor atender a essas mulheres (LEITE, 2022). Além disso, os profissionais de saúde devem buscar a aquisição de novos conhecimentos nas diversas áreas relevantes, bem como engajar-se em discussões interdisciplinares e intersetoriais (SILVA, 2020). Essas ações são fundamentais para fornecer subsídios e aprimorar a prática do cuidado em saúde, visando atender de forma mais eficiente e abrangente às necessidades das mulheres em situação de violência (ARBOIT, 2017).

No que diz respeito à equipe multiprofissional de saúde, a questão da violência contra a mulher é um tema relevante que requer estratégias no combate à violência contra a mulher, a qual a equipe utiliza várias estratégias para lidar com essa questão (LEITE,2019).

Algumas das estratégias comumente empregadas incluem: sensibilização e conscientização da sociedade, incluindo suas causas, impactos e consequências; abordagem empática e acolhedora, garantindo que as vítimas se sintam ouvidas, respeitadas e apoiadas; triagem sistemática para identificar possíveis casos de violência contra a mulher, permitindo uma abordagem mais eficaz e direcionada; intervenção imediata, fornecendo apoio emocional, orientação e encaminhamento para serviços especializados; trabalho em rede com outros serviços, como delegacias especializadas, abrigos e instituições de apoio, para garantir uma resposta abrangente e integrada; educação e capacitação para aprimorar seus conhecimentos e habilidades no atendimento às mulheres vítimas de violência (MOTA, 2020).

Assim como, advocacia e promoção da legislação, a qual a equipe multiprofissional pode desempenhar um papel ativo na defesa pelos direitos das mulheres, trabalhando

para promover e implementar políticas públicas e legislações que combatam a violência de gênero (CERQUEIRA, 2019).

No entanto, embora haja incontáveis formas de estratégias utilizada pela equipe multiprofissional para atenção às mulheres em situação de violência, são inevitáveis e persistentes as dificuldades enfrentadas pelos profissionais em sua prática, e muitas vezes, não possuem conhecimento suficiente para identificar, manejar ou encaminhar adequadamente essa situação de agravo (SILVA, 2022). Diante do exposto, o presente estudo pretende identificar as estratégias e dificuldades na assistência multiprofissional à saúde da mulher em situação de violência doméstica segundo a literatura, descortinando a importância da identificação e a ampliação deste cuidado para o vínculo e acolhimento humanizado.

## METODOLOGIA

Este trabalho envolveu uma pesquisa de revisão integrativa. A revisão integrativa é um método de pesquisa que permite a síntese de vários estudos publicados, permitindo a obtenção de conclusões gerais sobre uma determinada área de estudo. Esse método envolve uma análise abrangente da literatura existente, fornecendo contribuições para discussões sobre métodos e resultados de estudos científicos, bem como reflexões sobre a necessidade de novas pesquisas.

Tal estudo foi elaborado em seis fases, consistindo na identificação do tema, elaboração da pergunta norteadora ou questão da pesquisa. Seguido desse passo, houve a busca ou amostragem na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos incluídos, discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa.

O levantamento bibliográfico realizou-se no mês de junho de 2023 através da busca na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS Saúde), onde foram selecionadas as bases de dados: MEDLINE (Medical Literature Analysisand Retrievel System Online), BDENF – Enfermagem (Base de Dados em Enfermagem); LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Index Psicologia – Periódicos técnico-científicos, com a seguinte questão norteadora: Quais são as estratégias adotadas e as dificuldades enfrentadas pela equipe multiprofissional na assistência à mulher vítima de violência doméstica segundo a literatura?

Foram considerados os artigos publicados no período de 2018 a 2022, disponíveis em português, inglês e espanhol. Foram considerados como critério de exclusão artigos publicados em resumos de congressos, monografias e teses. Os descritores utilizados foram: “Violência contra a mulher”, “Violência de gênero” “equipe multiprofissional” associados ao uso do recurso booleano “AND”. O conceito destes foi pesquisado previamente nos descritores oficiais em ciências da saúde (DECS- http://decs.bvs.br/).

A princípio, a seleção foi realizada através da leitura incipiente dos títulos e resumos

dos artigos, posteriormente os títulos foram comparados, visando à exclusão dos artigos repetidos, pois muitos artigos foram indexados mais de uma vez em bases de dados diferentes, sendo incluídos apenas uma vez no estudo. Ao término da investigação, concretizou-se uma leitura na íntegra de todos os artigos, onde foram selecionadas publicações pertinentes à pergunta norteadora desta revisão, que atendiam aos critérios de inclusão previamente estabelecidos.

Desta maneira, ao consultar a base de dados, o descritor oficial "Violência Contra a Mulher" resultou em 356 artigos, dos quais foram pré-selecionados 48 e escolhidos 2 artigos. Já o cruzamento dos descritores "Violência de gênero" AND "equipe multiprofissional" resultou em 41 artigos, dos quais foram pré-selecionados 21 e escolhidos 2. Ao final, obteve-se um total de 04 artigos.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os artigos selecionados foram pertinentes aos aspectos relacionados as estratégias adotadas e as dificuldades enfrentadas pela equipe multiprofissional na assistência à mulher vítima de violência doméstica. Inicialmente, os artigos foram caracterizados conforme a identificação do estudo (título, autores e ano, tipo de estudo e objetivos (Quadros 1).

| **Titulo** | **Autores e ano** | **Tipo de estudo** | **Objetivo** |
|---|---|---|---|
| Atuação da Equipe Interdisciplinar Frente a Mulher Vítima de Violência Múltipla | Silva AG et al., 2022 | Revisão integrativa da literatura | Conhecer a atuação da equipe interdisciplinar frente a mulher vitima de múltiplas violências no contexto atual |
| Experiências das mulheres vítimas de violência doméstica assistidas por uma rede de apoio | Almeida AF, 2022 | Pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória | Compreender as experiências das mulheres vítimas de violência doméstica referente a rede de apoio conduzidas pelos profissionais de saúde. |
| Rede de proteção intersetorial na violência contra a mulher: um estudo documental. | Moreira HB et al., 2022 | Estudo documental | Verificar políticas públicas que, durante a pandemia de COVID-19, surgiram no âmbito da justiça e saúde como forma de coibição e/ou cuidados na atenção a violência contra a mulher. |
| Fragilidades no atendimento às mulheres em situação de violência sexual no município de Altamira-PA | Nascimento RCM et al., 2022 | Estudo multimétodo com abordagem descritiva com observação não participativa | Analisar as fragilidades dos serviços de saúde no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual do município de Altamira-Pará. |

No aspecto categorial foi observada as estratégias adotadas pela equipe multiprofissional para prevenção da violência contra a mulher como: acolhimento; trabalho entre e com as Rede(s) de apoio; uso da estrutura do serviço ou da organização para escuta qualificada; a formação dos profissionais e as diversas abordagens sobre violência;

e a relação com outras organizações que fazem parte da rede de enfrentamento à violência contra a mulher, capaz de operar de forma integral e fornecer atendimento especializado que atenda às necessidades das vítimas durante o processo de enfrentamento. Uma das abordagens mais utilizada como estratégia para prevenção, visto nos artigos, são as falas feitas pelos profissionais da equipe multiprofissional em sala de espera. O qual, aborda a temática de forma mais direta com público, explicando os danos causados com a vítima, direitos legais e o trabalho da rede no combate ao fenômeno.

Em relação a treinamentos e capacitações para os profissionais da equipe multiprofissional para o atendimento das vítimas, a maioria dos estudos não relatou se os profissionais tinham ou não capacitação (35,3%); das categorias profissionais que nos artigos relatavam algum tipo de capacitação, a maioria foram os profissionais de enfermagem com (50,6), médicos com (29,4%), seguidos dos profissionais de psicologia com (20%), os demais profissionais que compõem a equipe como serviço social entre outros não havia menção de treinamento.

Diante desse cenário, nota-se que, para além das perspectivas clínicas, pouco se ouve falar sobre a capacitação e preparo dos profissionais das equipes multiprofissionais de saúde de atenção básica ou hospitalar para o reconhecimento e abordagens de aspectos da violência contra a mulher. A equipe multiprofissional, demanda maturidade com suas próprias experiências, percepções e emoções sobre o problema, transcendendo, assim, os limites da formação biomédica, que acaba sendo centrada nas dimensões individuais e biológicas, voltando-se meramente para a busca de patologias, que acabam não se enquadrando no caso da violência doméstica contra a mulher.

Considerando as dificuldades enfrentadas pelos profissionais da equipe multiprofissional que impedem ou dificultam o atendimento as mulheres vítimas de violência doméstica, os artigos citam a falta de capacitação profissional (53%) e a ausência de redes de apoio estruturada (47%) como os maiores obstáculo. Outro ponto observado foi que “não saber reconhecer o agravo e os encaminhamentos dentro da rede de assistência à mulher constitui o principal desafio para o enfrentamento da problemática.

De acordo com Oliveira e Fonseca (2015), a violência constitui um problema que raramente aparece como demanda imediata ao serviço de saúde, sendo expressiva como demanda implícita, tornando-se uma dificuldade na prática profissional da equipe multiprofissional.

Neste caso, a captação da violência encontra-se implícita entre as demandas que as trazem aos serviços de saúde, ou seja, os espaços de reconhecimento da violência se traduzem nos espaços frequentados pelas mulheres na busca de ajuda, respostas às necessidades de saúde, explanadas em cuidados, sejam para elas mesmas, sejam para os filhos ou familiares.

Foi possível observar através dos artigos que os profissionais da equipe multiprofissional tanto da atenção primária à saúde como a equipe multiprofissional

hospitalar reconhecem a necessidade relacionadas a estratégias mais factíveis para combater a violência contra a mulher e na promoção do fortalecimento da mulher por meio de um trabalho em equipe que foque na autoestima e empoderamento, na superação do trauma e considere as necessidades de integração social como requisito para autonomia das mulheres.

## CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo enfatizam a importância de adquirir um maior conhecimento, aumentar a visibilidade e investir em capacitação aos profissionais que prestam assistência às mulheres que vivenciam violência doméstica. Essas ações são necessárias para enfrentar os desafios atuais relacionados ao modelo tradicional de assistência, ao despreparo profissional e à fragilidade das redes institucionais. É fundamental desenvolver estratégias que revelem o cuidado e a proteção dessas mulheres, a fim de romper o ciclo vicioso de violações que elas enfrentam. Como estratégias de superação para cenário atual, vislumbra-se fortalecer as equipes multiprofissionais de saúde, através da interdisciplinaridade e enriquecimento do currículo acadêmico para uma formação profissional qualificada, disseminando a importância da educação continuada, e trazendo o aperfeiçoamento das equipes multiprofissionais de saúde para a promoção de uma comunicação eficaz e colaborativa entre os profissionais de diferentes áreas, compartilhando informações e expertise para oferecer um suporte mais completo. Além disso, é importante estabelecer protocolos e diretrizes claras para a atuação dessas equipes, garantindo uma abordagem padronizada, ética e baseada em evidências.

No que tange ao fortalecimento do vínculo com a Atenção Primária e as unidades hospitalares, a implementação de ações de educação em saúde é de extrema importância. Essas ações devem visar sensibilizar e estabelecer parcerias com os pacientes, a fim de desenvolver estratégias para lidar com as dificuldades e reivindicar políticas públicas que fortaleçam as redes de saúde. Para promover tais ações, é possível estabelecer parcerias com universidades e outras redes intersetoriais, a fim de disseminar estratégias de cuidado centradas no acolhimento da mulher em situação de violência, levando em consideração a família como parte integrante da assistência. É fundamental ressaltar o empoderamento feminino e prestar cuidados individualizados alinhados à Política Nacional de Humanização, a fim de alcançar a integralidade e a resolutividade na assistência.

## REFERÊNCIAS


ALBUQUERQUE, K. K. D. (2020). Diálogos de gênero na educação: considerações sobre o projeto Lei Maria da Penha vai às escolas. Revista Estudos Feministas, 28(2), 1-12.

ARBOIT, Jaqueline et al.Atenção à saúde da mulher em situação de violência: descoordenação dos profissionais da rede.Rev. esc.enferm.USP, São Paulo, v. 51, e03207, 2017.DOI: 10.1590/s1980-220x2016113303207.

BARROS, É. N. D., Silva, M. A., Falbo, G. H., Lucena, S. G., Ponzo, L., & Pimentel, A. P. (2016). Prevalência e fatores associados à violência por parceiro íntimo em mulheres de uma comunidade em Recife/Pernambuco, Brasil. Ciência & Saúde Coletiva, 21(2), 591-598. Acesso: 30 junho de 2023.

BRASIL. Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006. Recuperado de: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11340.htm. Acesso: 30 junho de 2023.

CAMPOS, B., Tchalekian, B., & Paiva, V. (2020). Violência contra a mulher: vulnerabilidade programática em tempos de SARS-COV-2/COVID-19 em São Paulo. Psicologia & Sociedade, 32

CERQUEIRA, D. R. C. et al. Atlas da violência 2020. Rio de Janeiro: IPEA, 2020. LAWRENZ P, M. D. M. et al. Violence against women: notifications of health professionals in Rio Grande do Sul. Psicol Teor e Pesqui. Brasilia, v. 34, e34428, 2019.

FBSP. (2020). Violência Doméstica: Durante a pandemia de Covid-19 (3. ed., v. 2). Fórum Brasileiro de segurança Pública. Recuperado de: https://forumseguranca.org.br/wp-content/uploads/2018/05/violencia-domestica-covid-19-ed03-v2.p. Acesso: 30 junho de 2023.

FONSECA, D. H., Ribeiro, C. G. & Leal, N. S. B. (2012). Violência doméstica contra a mulher: Realidades e representações sociais. Psicologia & Sociedade, 24, 307-314. Retirado de: https://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822012000200008

LEITE PMG, et al. Atuação do enfermeiro na atenção básica frente a mulheres vítimas de violência doméstica: uma revisão integrativa. Research, Society and Development, 2022;11(3):e 39911326728.

LEITE, A. C. FONTANELLA, B. J. B.Violência doméstica contra a mulher e os profissionais da APS: predisposição para abordagem e dificuldades com a notificação. Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). São Carlos, SP, Brasil, 2019.

MOTA, J. A.; AGUIAR, R. S. Percepções de enfermeiros da atenção primária no atendimento às mulheres vítimas de violência sexual. Revista Nursing, 2020; 23 (262): 3648-3651.

OLIVEIRA, R. N. G. & Fonseca, R. M. G. S. (2015). Necessidades em saúde: A interface entre o discurso de profissionais de saúde e mulheres vitimizadas. Latino-Americana de Enfermagem, 23(2), 299- 306. Retirado de: https://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3455.2555

SILVA VG, RIBEIRO PM. Violência contra as mulheres na prática de enfermeiras da Atenção Primária à Saúde. Esc Anna Nery, 2020; 24(4): e20190371.

SILVA, Antonia Gliçariana; ALVES, Natália Nunes; MACEDO, Maria Alane Marques de.Atuação da Equipe Interdisciplinar Frente a Mulher Vítima de Violência Múltipla.Id on Line Rev.Psic., Outubro/2022, vol.16, n.63, p.15-25, ISSN: 1981-1179.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Violence against women. Geneva: WHO, 2021.

# CAPÍTULO 5

# INTERPROFISSIONALIDADE DURANTE A FORMAÇÃO ACADÊMICA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Data de aceite: 01/09/2023*

**Aline Gonçalves Miranda**
Discente do curso de graduação em Fisioterapia da Universidade do Estado da Bahia – UNEB

**Giovanna Caroline Barbosa Farias**
Discente do curso de graduação em Fonoaudiologia da Universidade do Estado da Bahia – UNEB

**Luana dos Anjos de Carvalho**
Discente do curso de graduação em Nutrição da Universidade do Estado da Bahia – UNEB

**Tailane da Silva Pereira**
Discente do curso de graduação em Farmácia da Universidade do Estado da Bahia – UNEB

**Vanessa Rastelli Cruz Silva**
Discente do curso de graduação em Fonoaudiologia da Universidade do Estado da Bahia – UNEB

**Vitória Fonseca Pinto**
Discente do curso de graduação em Fonoaudiologia da Universidade do Estado da Bahia – UNEB

**Elias Nunes Dourado**
Mestre em Desenvolvimento Sustentável – UNB.

**Carla Maria Lima Santos**
Doutora em Saúde Pública pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia – ISC/UFBA. Docente da Universidade do Estado da Bahia - UNEB, Departamento de Ciências da Vida, Área de Saúde Coletiva

**RESUMO**: O processo de cuidado, no Sistema Único de Saúde, propõe a superação do modelo biomédico com fortalecimento da Atenção Primária à Saúde e compreensão dos determinantes sociais em saúde. Portanto, a formação acadêmica se configura um dos eixos fundamentais para a organização do trabalho em saúde, com valorização das competências ao exercício da interprofissionalidade, cuidado integral do sujeito e às suas necessidades de saúde. Nesse sentido, a Universidade do Estado da Bahia, oferta aos graduandos dos seis cursos da área da saúde (Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina e Nutrição), o Programa de Integração, Serviço e Comunidade (PIASC). O componente curricular ocorre em 3 semestres, nos quais, os estudantes dos diferentes cursos participam da mesma turma e realizam atividades conjuntas.

Através da territorialização e análise situacional de um problema identificado pela comunidade e profissionais da unidade de saúde, é realizado planejamento local em saúde pelos alunos com ações coletivas de educação em saúde. Através de abordagem qualitativa-quantitativa, com o grupo de adolescentes de uma Unidade de Saúde da Família, foi realizado um diagnóstico situacional sobre hábitos alimentares, autopercepção e estilo de vida. O grupo era composto por jovens do sexo feminino de 13 a 17 anos. Nos resultados foi identificada alta prevalência de diabetes e hipertensão no histórico familiar. Todas mantinham atividades físicas regulares, mas com alimentação não balanceada. As atividades educativas tiveram a centralidade nessa temática, cujo Projeto foi intitulado “VOCÊ É O QUE VOCÊ COME”, no qual foram realizadas Oficinas, Rodas de Conversa, Dinâmicas e estratégias nas quais elas foram as protagonistas. Todo planejamento em saúde contou com o suporte teórico matusiano e aspectos conceituais da Pedagogia de Paulo Freire. Conhecer a realidade das unidades de saúde, mediante formação acadêmica interprofissional, e vivenciar ativamente nos processos de trabalho e cuidado, representa uma base valiosa na formação universitária. O desenvolvimento de atividades coletivas, pautadas na educação em saúde, possibilitam a reflexividade e tomada de consciência para avanço da participação popular crítica. O fortalecimento do SUS perpassa por trabalhadores da saúde capacitados e implicados na consolidação deste pacto social civilizatório tão penalizado por contextos políticos predatórios.
**PALAVRAS-CHAVE:** Interprofissionalidade; Formação Acadêmica; Sistema Único de Saúde.

## INTRODUÇÃO

O processo de cuidado, no Sistema Único de Saúde, propõe a superação do modelo biomédico, a compreensão dos determinantes sociais em saúde e fortalecimento da Atenção Primária em Saúde - APS. Nesse sentido, a formação acadêmica interprofissional pode ser considerada um eixo fundamental para a organização do trabalho em saúde na APS, uma vez que a é tida como uma estratégia crítica para a formação de profissionais familiarizados com o trabalho em equipe, competência crucial para a promoção do cuidado (JURDI; POLETTO, 2018). O exercício de interprofissionalidade proporciona a valorização das competências e compartilhamento dos saberes com vistas ao cuidado integral do usuário e suas necessidades de saúde (GOERING; CHIELLI 2018).

Entretanto, as práticas profissionais existentes estão distantes do ideal, dadas as sequelas de matrizes curriculares tecnicistas, biologizantes e reprodutoras do paradigma biomédico que norteiam a formação acadêmica. Embora a transformação na base dos currículos de saúde voltada à educação interprofissional já tenha sido iniciada, ela é desproporcional à realidade operante (CECCIM, 2018). Segundo Costa et. al., grande parte das Diretrizes Curriculares Nacionais das profissões em saúde, entre os anos de 2001 e 2004, figurava o modelo tradicional de ensino. Hoje, a maior parte desses cursos é regida pelas diretrizes do mesmo período. Ainda que haja um destaque legal para a articulação entre a saúde e educação, por meio da formação para o trabalho em equipe na perspectiva da integralidade e comunicação efetiva entre a equipe e usuários/famílias/comunidade, o modelo de educação predominante ainda é predominantemente biomédico ( SILVA et. al,

2014).

Experiências acadêmicas, capazes de oportunizar o trabalho interprofissional, podem explicitar as potencialidades, avanços e limitações das mudanças pedagógicas para superação da formação biomédica ainda vigente em boa parte das matrizes curriculares. Objetivando fornecer elementos para a discussão sobre os impactos da articulação da academia e serviços públicos de saúde, na *práxis* dos futuros trabalhadores do SUS, o presente relato descreve a vivência interdisciplinar de estudantes de uma universidade pública com um grupo de adolescentes adscritas a uma Unidade de Saúde da Família em Salvador, Bahia.

## MÉTODO

Esse relato de experiência compreende as vivências acadêmicas ocorridas no âmbito do componente curricular PIASC – Programa de Integração Academia, Serviço e Comunidade. Ofertada pela Universidade do Estado da Bahia, a disciplina de natureza teórico-prática é segmentada em três semestres letivos sequenciais (PIASC I, PIASC II e PIASC III). As atividades ocorreram entre os anos de 2018 e 2019, envolvendo a participação de docentes, discentes e da equipe de saúde da Unidade de Saúde da Família Professor Guilherme Rodrigues da Silva, em Arenoso, bairro localizado na cidade de Salvador - Bahia.

Segundo a Companhia de Desenvolvimento Urbano do Estado da Bahia, em 2010 o bairro de Arenoso possuía 16.604 habitantes. Destes, 50,71% se autodeclararam pardos e 36,78% negros, sendo, portanto, a maioria da população no quesito raça/cor. Do total de habitantes, o sexo feminino era predominante, correspondendo à 51,68% e, em relação à faixa etária, 52,19% da população possuía idade entre 20 a 49 anos. No que tange a renda mensal, 52,0% dos chefes de família recebiam de 0 a 1 salário mínimo, e destes responsáveis apenas 3,88% não eram alfabetizados. No tocante à infraestrutura, na maior parte das residências havia coleta de lixo (91,30%), abastecimento de água (98,22%) e esgotamento sanitário (94,15%), um percentual que vem crescendo se comparado aos anos anteriores.

O envolvimento da equipe da USF com o corpo docente e discente da universidade se pôs como peça chave no processo de construção de ideias e perspectivas, à medida que tal método colaborativo e pactual se mostra potencial ferramenta promotora de saúde, possibilitando a realização de ações estratégicas. Quanto mais se trabalha em equipe, mais se pode compartilhar dos saberes uns dos outros, ampliando-se o arsenal de competências e a capacidade de resposta (CECCIM, 2018).

Na elaboração do componente curricular, foi utilizado como referencial teórico o Planejamento Estratégico Situacional de Carlos Matus, a fim de compreender as complexidades do amplo contexto do bairro. A teoria matusiana é composta de quatro momentos: momento explicativo (análise situacional: identificação de problemas e suas

causas), momento normativo (criação de objetivos: estabelecimento de ações para mudança da situação), momento estratégico (análise das dificuldades e facilidades: viabilidades para alcançar o objetivo) e momento tático-operacional (execução, monitoramento e avaliação das ações realizadas). Os dois primeiros semestres da disciplina (PIASC I e PIASC II) centralizaram-se no momento explicativo, enquanto que o último semestre (PIASC III) abrangeu todos os demais momentos, além de somar-se aos conceitos pedagógicos de Paulo Freire, buscando integralidade frente a conscientização do papel de cada indivíduo na educação em saúde.

Através de visitas técnicas e territorialização ao bairro em PIASC I, o corpo estudantil conheceu a comunidade, os agentes comunitários e a equipe médica, além de observar como o Sistema Único de Saúde funcionava em uma USF. Com essa experiência foi possível obter as primeiras impressões acerca da dinâmica de Arenoso. Em PIASC II, houve o diagnóstico situacional a fim de identificar problemas, selecionar um público-alvo e buscar o tema de maior relevância para a intervenção. Estudantes do sexo feminino de 13 a 17 anos, alunas Colégio Estadual Norma Ribeiro foram escolhidas como público-alvo, e com elas foi aplicado um questionário qualitativo-quantitativo sobre hábitos alimentares, sendo possível traçar o perfil epidemiológico. A partir dessa análise, surgiu a necessidade de abordar a temática da nutrição e alimentação, a fim de reduzir riscos de doenças crônicas e obesidade, tratando de fatores associados à autocuidado e alimentação nutritiva. Assim surgiu o Projeto "VOCÊ É O QUE VOCÊ COME?" em PIASC III, utilizando como ferramenta viabilizadora a ludicidade para levar a educação em saúde nutricional através de oficinas, rodas de conversas, jogos e atividades participativas, onde as adolescentes puderam compreender desde a importância da alimentação saudável e exercícios físicos ao funcionamento do corpo humano.

Ao longo de todos os semestres do componente curricular, as ações desenvolvidas foram articuladas e executadas em conjunto, como propõe a disciplina. Educação interprofissional oferece aos estudantes oportunidades para aprendizado em conjunto com outros profissionais para desenvolver atributos e habilidades necessárias em um trabalho coletivo. (REEVES, 2016). Sendo assim, a colaboração e união de todos evidenciou a importância do trabalho em grupo, bem como a interprofissionalidade para tornar as ações efetivas.

## RESULTADOS

A articulação ensino-serviço-comunidade proporcionada pelo PIASC resultou na construção de uma visão de saúde ampliada, contribuindo para a diminuição da fragmentação do cuidado em saúde, visto que a interprofissionalidade possibilitou um melhor acolhimento para o usuário e consequente resolução dos problemas dos mesmos de maneira integral.

É essencial na prática do profissional de saúde, independente de qual área este pertença a interpretação das necessidades do paciente , e o componente curricular PIASC por trazer a proposta de trabalho em equipe possibilitou a troca de competências dos distintos saberes permitindo o enriquecimento dessa prática, na medida que foi possível a maior compreensão do problema e consequente atuação de cada saber em determinada face do mesmo.

A oportunidade de atuar em práticas colaborativas desde a formação acadêmica contribui para a solidificação das relações profissionais futuras, reduzindo o corporativismo , visto que as vivências proporcionaram uma atuação profissional com facilidade de diálogo, pautada em troca de saberes , buscando a integralidade do processo de trabalho de atendimento ao usuário, tornando este último mais eficiente.

## DISCUSSÃO

"O educador já não é aquele que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando, que ao ser educado, também educa [...]" Esta citação de Paulo Freire descreve uma práxis pedagógica que diferente das práticas convencionais de ensino que são pautadas na transferência de conhecimento, busca a autonomia do sujeito no processo crítico mediada pelo educador.

É nessa perspectiva, que o componente curricular PIASC – Programa de Integração Academia, Serviço e Comunidade tem ganhado destaque no processo de ensino-aprendizagem, pois configura-se como palco de inovação e transformação dos modelos curriculares de formação já existentes, efetivamente comprometido com a formação de sujeitos ativos e sobretudo críticos no processo de cuidado, contemplando um dos princípios fundamentais do Sistema Único de Saúde, a Integralidade.

A articulação ensino-serviço-comunidade proporcionada pelo PIASC resultou na construção de uma visão de saúde ampliada, contribuindo para a diminuição da fragmentação do cuidado em saúde, visto que a interprofissionalidade possibilitou um melhor acolhimento para o usuário e consequente resolução dos problemas dos mesmos de maneira integral.

É essencial na prática do profissional de saúde, independente de qual área este pertença a interpretação das necessidades do paciente , e o componente curricular PIASC por trazer a proposta de trabalho em equipe possibilitou a troca de competências dos distintos saberes permitindo o enriquecimento dessa prática, na medida que foi possível a maior compreensão do problema e consequente atuação de cada saber em determinada face do mesmo.

A oportunidade de atuar em práticas colaborativas desde a formação acadêmica contribui para a solidificação das relações profissionais futuras, reduzindo o corporativismo, visto que as vivências proporcionaram uma atuação profissional com facilidade de diálogo,

pautada em troca de saberes , buscando a integralidade do processo de trabalho de atendimento ao usuário, tornando este último mais eficiente.

Para realizar as atividades propostas, primordialmente, fizemos um questionário com as adolescentes sobre alimentação individual e familiar, histórico familiar, dúvidas/curiosidades que elas possuíam e alguns questionamentos acerca do assunto que seria abordado com o escopo de identificar a compreensão delas, identificando assim os temas geradores como propõem o círculo de cultura da estratégia metodológica de Paulo Freire (HEIDEMANN; DALMOLIN; RUMOR; CYPRIANO; COSTA; DURAND, 2017), onde pesquisador e pesquisado interagem entre-si, no qual os participantes percebem que são os autores principais da sua própria história e também do estudo em questão, valorizando assim sua cultura e sua memória. Após a análise dos questionários, reunimos e criamos um plano de aula para a apresentação com a participação de todos os estudantes da UNEB de forma interprofissional. Portanto, foi definido que seria utilizado uma pirâmide alimentar confeccionada pelos estudantes em que, durante a explicação sobre as doenças cardiovasculares, demonstraria a importância da alimentação, quais alimentos precisamos ter cuidado e quais precisamos consumir com mais frequência. Também foi realizado dinâmicas e apresentamos algumas receitas saudáveis, baratas e simples para consumirem. Dessa forma, eles codificaram e descodificaram respectivamente suas crenças, substituindo-as por uma visão mais crítica e social sobre a alimentação, concretizando assim a segunda etapa do método de Freire (HEIDEMANN; DALMOLIN; RUMOR; CYPRIANO; COSTA; DURAND, 2017)

No último encontro realizamos uma competição de futebol- tendo em vista que é o esporte que a maioria gostava e praticava- houve premiações e uma tarde de lanche para compartilharmos como foi a experiência durante as atividades do projeto. Concluindo assim a última etapa da metodologia de Freire (HEIDEMANN; DALMOLIN; RUMOR; CYPRIANO; COSTA; DURAND, 2017), o desvelamento crítico, onde o diálogo é a peça fundamental deste processo, onde pudemos refletir sobre nossas ações e como ela interfere no outro, fomentando assim mudanças na realidade do outro. Além disso, outro ponto muito importante durante o desenvolvimento das atividades foi a participação de diversos estudantes de cursos diferentes buscando expandir conhecimentos para as adolescentes da comunidade de Arenoso, demonstrando a interprofissionalidade logo no início do currículo acadêmico.

A interprofissionalidade presente na turma possibilitou a realização de intervenções em conjunto com uma visão mais ampla do cuidado em saúde, sendo possível entender o sujeito sob vários níveis. É importante salientar que a equipe de saúde da USF de Arenoso foi parte ativa de todo o processo, incluindo às decisões mediante consensos e essa vivência durante a graduação é muito rica, pois quando os atores envolvidos no cuidado interagem entre si e a comunicação entre as partes envolvidas é efetiva, o acolhimento das necessidades do indivíduo acontece de modo integral, como preconiza o SUS.

Além disso a interprofissionalidade aponta para a noção do trabalho em equipe,

marcado pela reflexão sobre os papéis profissionais, pela resolução de problemas e pela negociação nos processos decisórios, a partir da construção de conhecimentos, de forma dialógica e com respeito às singularidades e às diferenças dos diversos núcleos de saberes e práticas profissionais. Segundo a Organização Mundial de Saúde, a colaboração interprofissional em educação e prática possibilita uma estratégia inovadora que desempenhará um papel importante na redução da crise mundial na força de trabalho em saúde, além disso existem evidências suficientes para indicar que a interprofissionalidade possibilita a efetiva prática colaborativa que, por sua vez, potencializa os serviços de saúde, fortalece os sistemas de saúde e incita melhorias de resultados na saúde, tanto na assistência às condições agudas como na Atenção Primária à Saúde.

A interprofissionalidade presente na turma possibilitou a realização de intervenções em conjunto com uma visão mais ampla do cuidado em saúde, sendo possível entender o sujeito sob vários níveis. A oportunidade dessa experiência durante a graduação é muito valiosa, pois quando os atores envolvidos no cuidado interagem entre si e a comunicação entre as partes envolvidas é efetiva, o acolhimento das necessidades do indivíduo acontece de modo integral, como preconiza o SUS. Portanto, as trocas entre os diferentes cursos da área de saúde aumentam as garantias de organização interprofissional nos futuros trabalhadores capacitados para o funcionamento em rede do SUS, cooperação entre as mais variadas áreas do saber, maximização das potencialidades do cuidado em saúde e atuação biopsicossocial.

Portanto, as trocas entre os diferentes cursos da área de saúde aumentam as garantias de organização interprofissional nos futuros trabalhadores capacitados para o funcionamento em rede do SUS, possibilitando assim um maior preparo dos estudantes de saúde para responder às necessidades de saúde locais, cooperação entre as mais variadas áreas do saber, maximização das potencialidades do cuidado em saúde e atuação biopsicossocial.

## CONCLUSÃO

O desenvolvimento da interdisciplinaridade nas instituições de ensino, as discussões sobre a ação social e a totalidade do ser humano, mostra como o discurso do modelo biomédico está mudando e o trabalho em equipe reflete positivamente nas estratégias para o enfrentamento de questões como saúde-doença e cuidado-prevenção.

Sendo assim, considerando a experiência do componente PIASC, que favoreceu uma comunicação aberta e compartilhada entre diferentes cursos, nota que o fortalecimento do SUS depende de estratégias de trabalho dos multiprofissionais que reconheçam o individualismo de sua demanda, mas que entenda a junção das outras áreas da saúde.

Portanto, de acordo com o estudo e a prática proporcionada pelo projeto “VOCÊ É O QUE VOCÊ COME”, percebe-se a equivalência e a importância do trabalho multiprofissional

nas equipes de saúde, não só como um ato modernista, mas um serviço com práticas mais satisfatórias e focadas na excelência do ser humano e não simplesmente na eliminação de doenças.

| ATIVIDADE | REFERENCIAL TEÓRICO | OBJETIVOS | RESULTADOS |
|---|---|---|---|
| Acolhimento | Utilizamos a Investigação Temática, I etapa da metodologia Círculo de Cultura do Paulo Freire, possibilitando assim conhecer o universo no qual essas participantes vivem | Conhecer melhor as participantes e nos apresentarmos para elas de forma acolhedora, além de identificar qual intervenção seria necessária neste grupo. | Foi possível interagir com nosso público alvo e assim conhecer melhor a realidade do grupo e as individualidade de cada adolescente. |
| Roda de conversa | Usamos como base a metodologia Círculo de Cultura de Paulo Freire, proporcionando assim um espaço de aprendizagem e troca de saberes | Demonstrar de forma lúdica como funciona a pressão arterial em um corpo saudável e como se comporta em uma pessoa hipertensa. Esclarecer dúvidas com o uso de palavras- chave e relatos pessoais | Conseguimos envolver as meninas na temática, proporcionando reflexões da própria realidade, para eventualmente elas decodificarem e reconhecer isso em seu meio |
| Pirâmide alimentar | A partir da metodologia anterior identificamos os temas geradores e dessa forma buscamos demonstrar seus significados através da contextualização | Propor às adolescentes a construção de uma pirâmide alimentar 3D e assim proporcionar um momento de reflexão acerca dos grupos de alimentos presentes em nossa dieta diária, destacando a importância dos mesmos. | Conseguimos ampliar o conhecimento das adolescentes sobre a importância da organização dos alimentos em grupos na pirâmide alimentar de forma prática, promovendo assim o engajamento das mesmas. |
| Apresentação de vídeos: De onde vem? | Foi realizada a fase da descodificação que é a análise da situação vivida, um momento dialético em que as adolescentes passaram a admirar e refletir sobre sua ação. | Explicar de maneira divertida e animada com um vídeo da série de desenho animado da personagem Kika sobre alimentação e a origem de alguns alimentos comuns do cotidiano. | Conseguimos passar a informação pretendida e cativar a atenção de todas as adolescentes devido a abordagem utilizada. |
| Passeio ao Estádio de Pituaçu e a realização de exercícios físicos (Futebol, baleado, *fitdance* e alongamento) no Batalhão Especializado em Policiamento de Eventos (BEPE) | Para finalizar, foi a fase do desvelamento crítico em que retrata a reflexão preliminar das propostas extraídas através da codificação objetiva, abarcando princípios da subjetividade interpretativa. | Realizar a gincana com os exercícios físicos, finalizar nosso projeto e ouvir as opiniões e relatos sobre as nossas atividades desenvolvidas durante o ano. | Conseguimos estimular a prática de exercícios físicos de maneira divertida e animada, além de ter tido um bom engajamento por parte das adolescentes. |

| | | | |
|---|---|---|---|
| Encerramento | Através dessa metodologia foi possível contribuir para os estudos e o trabalho em saúde, à medida que agregou um potencial pedagógico transformador e conscientizador para as adolescentes. | Entregar as medalhas, brindes e lanchar. | Conseguimos finalizar a atividade proposta com sucesso, as adolescentes mostraram-se satisfeitas e empolgadas com a experiência, percebeu-se muita alegria e gratidão por parte das mesmas. |

TABELA 1- Intervenções utilizando a metodologia Círculo de Cultura do Paulo Freire.

## REFERÊNCIAS


CECCIM, Ricardo Burg. **Conexões e fronteiras da interprofissionalidade: forma e formação**. Interface (Botucatu). 2018; 22(Supl. 2):1739-49.

GOERING, M.; CHIRELLI, Q. M. **A Formação dos Profissionais da Saúde para o Cuidado Coletivo na Atenção Primária: contribuição da Análise Temática**. Investigação Qualitativa em em educação, 2018.

POLETTO, P. R.; JURDI, A. P. S. **Revising curricular matrices in an innovative pedagogical project: Ways of strengthening interprofessional health education**. Interface: Communication, Health, Education, v. 22, p. 1777–1786, 2018.

CECCIM, R. B. **Connections and boundaries of interprofessionality: Form and formation**. Interface: Communication, Health, Education, v. 22, p. 1739–1749, 2018.

COSTA, D. A. S. et al. **National curriculum guidelines for health professions 2001-2004: An analysis according to curriculum development theories**. Interface: Communication, Health, Education, v. 22, n. 67, p. 1183–1195, 2018.

HEIDEMANN, Ivonete Terezinha Schülter Buss; DALMOLIN, Indiara Sartori; RUMOR, Pamela Camila Fernandes; CYPRIANO, Camilla Costa; COSTA, Maria Fernanda Baeta Neves Alonso da; DURAND, Michelle Kuntz. REFLEXÕES SOBRE O ITINERÁRIO DE PESQUISA DE PAULO FREIRE: contribuições para a saúde. **Texto & Contexto - Enfermagem**, [S.L.], v. 26, n. 4, p. 1-2, 17 nov. 2017. FapUNIFESP (SciELO). http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072017000680017.

OMS, Organização Mundial da Saúde. Marco para Ação em Educação Interprofissional e Prática Colaborativa (WHO/HRN/HPN/10.3), 2010. Disponível em <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=3019:marco-para-acao-em-educacao-interprofissional-e-pratica-colaborativa&Itemid=844>. Acesso em: 04 de Janeiro de 2021.;

REEVES, Scott. **Porque precisamos da educação interprofissional para um cuidado efetivo e seguro**. Interface (Botucatu). 2016; 20(56):185-96.

SILVA, J. A. M.; PEDUZZI, M. ; ORCHARD C.; LEONELLO V. M. **Educação interprofissional e prática colaborativa na Atenção Primária à Saúde**. Revista da escola de enfermagem da USP, São Paulo, 2015.;

FACULDADE DE ARQUITETURA. **Observatório de Bairros Salvador**, 2018. Arenoso. Disponível em: <https://observatoriobairrossalvador.ufba.br/bairros/arenoso>. Acesso em: 02 de fev. de 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. **Planejamento na Atenção Básica.** UNASUS, 2016.

# CAPÍTULO 6

# VULNERABILIDADES VIVENCIADAS NA ADOLESCÊNCIA: UM CAMPO PERTINENTE PARA AÇÕES PREVENTIVAS EM SAÚDE

*Data de aceite: 01/09/2023*

**Áurea de Fátima Farias Silva**
Enfermeira pela Faculdade de Ciências de Timbaúba-FACET. Timbaúba-PE.
http://lattes.cnpq.br/6047253782362054

**Cristiano Carlos da Silva Teixeira**
Discente da Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Ciências de Timbaúba-FACET.
Macaparana-PE.
http://lattes.cnpq.br/1253128609935770

**Emanuelle Kaline Rodrigues da Silva**
Discente da Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Ciências de Timbaúba-FACET.
Timbaúba-PE.
http://lattes.cnpq.br/9192775313386297

**Genival Estevão de Oliveira**
Especialista em Linguística.
Vice-diretor e Docente dos cursos de Graduação da Faculdade de Ciências de Timbaúba- FACET.
Aliança-PE.
http://lattes.cnpq.br/9753443419091708

**Luiz Mario da Silva Neto**
Discente da Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Ciências de Timbaúba-FACET.
Timbaúba-PE.
http://lattes.cnpq.br/7579385185614605

**Raquel Bezerra Pereira da Silva**
Discente da Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Ciências de Timbaúba-FACET.
Macaparana-PE.
http://lattes.cnpq.br/1361961241459789

**Rosangela Rosendo da Silva**
Doutora em Nutrição pela Universidade Federal de Pernambuco-UFPE.
Docente da Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências de Timbaúba-FACET. Ferreiros-PE.
http://lattes.cnpq.br/0041753763862831

**Thais Monara Bezerra Ramos**
Enfermeira, Mestranda em Gerontologia pela Universidade Federal da Paraíba-UFPB. Docente da Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências de Timbaúba-FACET. Macaparana-PE.
http://lattes.cnpq.br/9665745444795894

**Tiago Raimundo de Oliveira Fernandes**
Discente da Graduação em Enfermagem, da Faculdade de Ciências de Timbaúba-FACET.
Timbaúba-PE.
http://lattes.cnpq.br/1314813503508549

**RESUMO**: A adolescência é caracterizada por uma fase da vida, que se estende entre a infância e a fase adulta, envolvendo aspectos decorrentes de mudanças biológicas e transições social. Nos adolescentes, as vulnerabilidades associam-se às particularidade biopsicossociais da fase, sendo dessa forma um grupo prioritário para desenvolver estratégias em saúde. O objetivo deste estudo foi descrever as vulnerabilidades vivenciadas na adolescência e as ações preventivas no campo da saúde. Trata-se de uma revisão da literatura, realizada nas bases de dados de credibilidade no período de 2018 a 2023.Constatou-se, como principais meios de vulnerabilidade vivenciadas por adolescentes a violência, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez não planejada, consumo de drogas e de bebidas alcoólicas. Todas essas vulnerabilidades foram singularizadas envolvendo analise peculiar e social. Dessa forma, é primordial que os serviços de saúde sejam universal e integral.
**PALAVRAS-CHAVE:** Adolescente; Saúde do Adolescente; Vulnerabilidade em Saúde.

**ABSTRACT**: Adolescence is characterized by a phase of life, which extends between childhood and adulthood, involving aspects resulting from biological changes and social transitions. In adolescents, vulnerabilities are associated with the biopsychosocial particularities of the phase, thus being a priority group for developing health strategies. The objective of this study was to describe the vulnerabilities experienced in adolescence and preventive actions in the field of health. This is a literature review, carried out in credible databases from 2018 to 2023. It was found that violence, sexually transmitted diseases, unplanned pregnancy, drug and alcohol consumption are the main means of vulnerability experienced by adolescents. All these vulnerabilities were singled out involving peculiar and social analysis. Thus, it is essential that health services are universal and comprehensive.
**KEYWORDS**: Adolescent; Adolescent Health; Health Vulnerability.

## INTRODUÇÃO

A adolescência é definida como uma fase de transição entre a infância e a vida adulta. O termo adolescência consiste em um vocábulo, que provém do verbo latino *adolescere* onde sua definição implica em crescer até a maturidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde (1995), a adolescência compreende a faixa etária de 10 e 19 anos de idade, de ambos os sexos.

Percebe-se que nesse período, importantes descobertas ocorrem e geram uma marcante instabilidade emocional. É uma fase de transformação para a vida adulta. Pela constante busca em firmar sua personalidade acabam manifestando comportamentos extremos, podendo em alguns momentos negligenciar os cuidados à saúde, destarte é necessário um olhar holístico dos profissionais de saúde, pois consiste um desafio desenvolver ações em saúde durante essa etapa de desenvolvimento (OLIVEIRA et al.,2022).

A Organização Mundial de Saúde, definiu que a saúde como sendo um completo estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença. Assim, temos o conceito de que saúde é definida como qualidade de vida, dependendo de muitos

fatores, entre eles as condições sociais, históricas, econômicas e ambientais nas quais o indivíduo se encontra. Tangenciado a isto, está a definição de risco, onde o indivíduo apresenta maior probabilidade de desenvolver problemas psicológicos, físicos e, em casos mais extremos, óbito. É sabido que, adolescentes em riscos são mais vulneráveis quando vivenciam situações que podem potencializar o seu contexto social (POSSER, ,2022).

O conceito de vulnerabilidade pode ser compreendido como a condição de risco que o indivíduo se encontra, como a fragilidade e a dependência, que se conecta à situação de crianças e adolescentes, principalmente os de menor nível socioeconômico. Assim, a fragilidade e dependência dos mais velhos, podem influenciar essa vulnerabilidade, tornando esse indivíduo submisso ao ambiente físico e social em que se encontra, podendo então sofrer o impacto dos arcabouços sociais que são oferecidos para ele. Em situações específicas, esse estado de vulnerabilidade pode levar risco a saúde, mesmo na ausência de doença, como observamos no comprometimento social ou mental dos adolescentes (PAVINATI et al.,2023).

Estudos apontam, que as principais vulnerabilidades à saúde do adolescente implicam no comportamento sexual de risco, o uso de álcool e outras drogas e violência. O que se observa de modo geral é que os adolescentes desse contexto mais vulnerável são aqueles que se encontram inseridos em situações de desigualdades sociais, pobreza, discriminação, falta de acesso à educação, abuso sexual, violência e ausência de um ambiente familiar (REZENDE;CAPPELLARI;PAGANI,2022).

Em 1989 é criado o Programa Saúde do Adolescente (PROSAD), pelo ministério da saúde com a finalidade de garantir o acesso à saúde a todos os indivíduos de 10 a 19 anos, com ações integrativas multiprofissionais, intersetoriais e interinstitucionais. Com o intuito de assegurar o direito à saúde e a proteção à vida do adolescente, é de suma importância integrar a rede de atenção à saúde com ações direcionadas a este público especifico, pois as vulnerabilidades e riscos à saúde dos adolescentes é uma realidade no cenário global (BRASIL, 1996).

Ao entender como a vulnerabilidade interfere no contexto desse grupo, os profissionais de saúde poderão atuar nas necessidades de saúde, tornando possível promover intervenções adequadas, demonstrando assim, como este estudo pode contribuir para o avanço nas ações preventivas, levando ao desenvolvimento de uma assistência que utilize mecanismos indispensáveis para a obtenção das potencialidades de caráter intelectual, social, emocional e físico do adolescente.

Este artigo justifica-se pela importância de reflexão do profissional de saúde acerca da temática. Sua relevância, está na análise das vulnerabilidades que envolvem os adolescentes, sendo considerado o estudo, um problema de cunho global. Diante do exposto, objetivou-se descrever as vulnerabilidades vivenciadas na adolescência e as ações preventivas no campo da saúde.

## MATERIAIS E METÓDOS

Trata-se de um estudo de revisão de caráter bibliográfico. Segundo Gil (2019), este tipo de pesquisa é um meio mais amplo de pesquisa, onde os conhecimentos vão ser extraídos com base em outros materiais já existentes, serão analisados e sintetizados para a criação de um novo estudo com uma visão mais atualizada e sistemática que as anteriores.

Para ampliar e obter os resultados satisfatórios para a pesquisa, buscou-se responder as problemáticas relacionadas ao objetivo. A pesquisa ocorreu nos meses abril a junho do decorrente ano. Os dados foram coletados nas seguintes bases de dados: LILACS -Literatura Latino-Americana e de Caribe em Ciências da Saúde e SciELO - Scientific Electronic Library Online. De acordo com o DECS (Descritores em Ciências da Saúde) os descritores selecionados foram: vulnerabilidade, adolescente, saúde.

Para análise do estudo foram utilizados artigos publicados nos últimos cinco anos e artigos clássicos para a temática abordada. Os critérios de exclusão foram: repetição de artigos, artigos que não estejam na íntegra, artigos restritos a opinião, resenhas, anais de congresso, artigos publicados fora do período analisado. Os critérios de inclusão são artigos relacionados a temática e aos objetivos propostos.

Por conseguinte, os dados bibliográficos, foram separados e agrupados a partir de uma leitura detalhada sobre o que tange as vulnerabilidades vivenciadas pelos adolescentes e as possíveis práticas de atuação preventiva em saúde. Para compreender a temática, realizou-se anotações peculiares de cada estudo, dessa maneira foram sinalizadas todas as informações recolhidas e relevantes a pesquisa. Posteriormente, os dados foram analisados e interpretados a luz da literatura concernente.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A adolescência é uma fase caracterizada pelas inúmeras transformações no corpo e na mente. É um período de transição entre a infância e a idade adulta, que pode durar dos 10 aos 19 anos. Nessa fase, os adolescentes passam por transformações físicas, hormonais, emocionais e sociais, que afetam a sua forma de ver o mundo e de se relacionar com os outros (SILVA,2023).

O autor ainda salienta que algumas das mudanças físicas que acontecem na adolescência são o crescimento acelerado do corpo, o desenvolvimento dos órgãos sexuais e das características sexuais secundárias, como surgimento dos pêlos, seios e aumento do timbre da voz. Essas alterações são causadas por hormônios, que também influenciam o humor e os sentimentos dos adolescentes, caracterizando a puberdade. Eles podem ficar mais sensíveis, rebeldes, ansiosos ou confusos, na busca de sua própria identidade e de seu lugar na sociedade.

A adolescência também é um momento de descobertas e aprendizados. Os adolescentes começam a se interessar mais pelo sexo oposto, pela sexualidade e pelo amor. Eles também buscam maior autonomia e liberdade, o que pode gerar conflitos com os pais e com as regras impostas pela família ou pela escola. Por outro lado, eles valorizam muito a amizade e a opinião dos seus colegas, que fazem parte do seu grupo de referência (SOUZA, NUNES,2022).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), é uma lei federal que foi instituída em 1990 para garantir os direitos e a proteção integral de crianças e adolescentes no Brasil. O ECA reconhece que adolescentes são sujeitos de direitos, em condição peculiar de desenvolvimento, que precisam de cuidados especiais da família, da sociedade e do Estado. Um dos direitos fundamentais que o ECA assegura é o direito à vida e à saúde. Isso significa que os adolescentes devem ter acesso a serviços de saúde de qualidade, prevenção de doenças, vacinação, alimentação adequada, saneamento básico, entre outros fatores que influenciam na saúde física e mental, devem ser protegidos de qualquer forma de violência, abuso, exploração ou negligência (BRASIL,1990).

É necessário mencionar que mesmo com o surgimento desses direitos, garantidos e assegurados no ECA segundo Brasil (1990), alguns grupos sociais são mais fragilizados política ou juridicamente, podendo ser suscetíveis a desenvolver danos físicos, morais em decorrência de sua condição, os tornando mais vulneráveis.

A vulnerabilidade e as condições de risco que os adolescentes se encontram atualmente é entendida como um cenário onde existe a desigualdade social, pobreza, exclusão social, ausência de vínculos afetivos tanto no círculo familiar quanto de amizades, ambiente escolar, entre outros, além ausência de acesso à educação, trabalho, lazer, saúde, alimentação, a falta de recursos materiais mínimos para sobrevivência, desse modo a inserção precoce ao mundo do crime e das drogas, muitas vezes ocorre de maneira forçada ( SOUZA, PANÚCIO,FIORATI,2019).

É sabido que a prática do sexo na adolescência, muitas vezes, é vivenciada como uma atitude espontaneísta da sexualidade, que desfavorece o diálogo e a preparação prévia. Uma das doenças transmissíveis mais temida entre adolescentes é o HIV/AIDS. O HIV (vírus da imunodeficiência humana) é um vírus que ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças. O HIV pode causar a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Humana), uma síndrome que tem capacidade de interferir em infecções e outras doenças. É transmitido por meio de fluidos corporais, como sangue, sêmen, secreções vaginais e leite materno (UNICEF, 2023).

Estudos apontam que aproximadamente 110 mil crianças e adolescentes, de zero a 19 anos tiveram óbito com etiologias relacionadas à Aids em 2021. Em cenário atual, o número de jovens com HIV é de 2,7 milhões, com 310 mil novas infecções (BOSSONARIO,2022).

O HIV/Aids apresenta maior vulnerabilidade entre grupos populacionais, como os adolescentes, que vivenciam diversas formas de exclusão e necessitam de cuidados e

proteção social. A adolescência é um período de mudanças, que desenvolve características distintas influenciadas pelo gênero, sexualidade, autoestima, influenciado por, independência dos pais e pelos efeitos psicológicos das mudanças físicas, psicológicas, sociais e cognitivas (ALVES et al., 2023).

Os adolescentes com HIV enfrentam diversos desafios, como o diagnóstico precoce, o acesso ao tratamento antirretroviral (TARV), a adesão à terapia, o acompanhamento médico regular, o apoio psicossocial, a discriminação e o estigma. É fundamental garantir que esses jovens recebam os cuidados adequados e tenham seus direitos respeitados, para que possam viver com qualidade de vida e dignidade. Além disso, é preciso fortalecer as ações de prevenção da transmissão do HIV, por meio da realização dos testes rápidos para HIV, sífilis, Hepatite B e C, do uso de preservativos, da profilaxia pré e pós-exposição, da terapia antirretroviral e da educação sexual para os adolescentes. (CRUZ, NOGUEIRA, 2023). No entanto, o início da vida sexual precoce e sem o uso de preservativo principalmente na primeira relação sexual, aumenta a predisposição ao HIV, a AIDS, a vulnerabilidade à infecção e a gravidez na adolescência (CABRAL; BRANDÃO, 2020).

Os autores supracitados ressaltam, que neste contexto é muito comum o surgimento de uma gravidez que é caracterizada como um momento peculiar para as mulheres e seus parceiros, porém quando ocorre na adolescência pode trazer danos irreparáveis. Discutir gravidez na adolescência no atual contexto social, é necessário trazer os meios preventivos e formas de sexo seguro, que não se especifica apenas a utilização de métodos contraceptivos, como preservativo e pílulas de contracepção de emergência, mas requer a amplitude do desenvolvimento de habilidades relacionais e afetivas na construção da autonomia juvenil, interface fundamental, que tange ao adolescente descobrir e unir desejos e limites sexuais, e a aprender a se preparar para as relações sexuais.

Com o elevado número de gravidez na adolescência ocorre, consequentemente a evasão escolar, por isso existe uma necessidade de que as instituições de ensino realize debates e ações eficazes que proporcione informações gerando conhecimento, afim de esclarecendo dúvidas do corpo discente acerca da sexualidade remetendo suas angústias, medos, respeitando cada indivíduo e sua singularidade, ocasionando assim redução de gestação na adolescência (RODRIGUES, SILVA, GOMES,2019).

A gravidez na adolescência se configura como uma problemática que além de não ter sido prevista, repercute de maneira negativa nos anseios de vida dos jovens que nesse contexto assumem a reponsabilidade de pai e mãe, tornando o contexto o qual estão inseridos, mais complexo, seja para o mercado de trabalho ou para o prosseguimento dos estudos. Ao se tratar de um gravidez não planejada, os graus de complexidade se elevam e exigem uma atenção maior. Um dos investimentos educativos, está em despertar nos adolescentes a responsabilidade pelos seus atos da pratica sexual, diante dos efeitos de uma gestação não organizada (GONZATTO,2022).

É necessário mencionar que estar grávida nessa faixa etária aumenta a prevalência

de complicações tanto maternas, quanto fetais e neonatais, ainda traz consigo riscos socioeconômicos, psicológicos, abandono escolar e podendo agravar também outros problemas já existentes. Essas taxas ultrapassam a falta de informação qualificada ou acesso aos métodos contraceptivos. Estudos ressaltam a importância da inserção de políticas públicas que enfoquem a complexidade do exercício da contracepção, independentemente do momento no curso da vida (CABRAL et al.,2020)

A presença ou ausência do apoio familiar, bem como do companheiro ou pai do recém-nascido, os fatores culturais, a falta de acesso a proteção social, o uso inadequado de contraceptivos, a falta de planejamento familiar, questões emocionais e os fatores ambientais, também são aspectos, que resultam na maioria das vezes em gestações complicadas. Para que exista uma melhor resolução dessas problemáticas, é necessário que sejam implantadas ações educativas nas escolas, que são os locais em que as adolescentes passam o maior tempo de seus dias (BARBOSA et al., 2020).

Os autores ainda abordam que a partir desses diálogos educativos pode-se surgir uma perspectiva fundamental para a emancipação e a compreensão dos relacionamentos e das circunstâncias que a vida sexual trás. A dificuldade de falar sobre sexo e a tendência a julgar o comportamento sexual de adolescentes na cena do atendimento em saúde constituem importantes barreiras de acesso aos serviços e entraves para a própria promoção da saúde.

Nesta perspectiva, é necessário trazer para grandes discussões temáticas envolvendo o consumo de álcool e drogas pois implica em grande preocupação, devido à vulnerabilidade e imaturidade psíquica e emocional, da adolescência, sendo relacionada a um risco elevado de experimentação gerando o abuso e posterior a dependência (MOURA, 2020).

O consumo de álcool e drogas na fase da adolescência representa um problema de saúde pública mundial. É nessa fase onde geralmente inicia a experimentação de substâncias como álcool, drogas e outras substâncias ilícitas. Estudos comprovam que o uso dessas substâncias entre os adolescentes tem sido cada vez mais frequente e que o primeiro contato ocorre no início da adolescência (BARBOSA et al., 2023).

O início precoce do uso dessas substâncias na adolescência reflete de maneira grave na idade adulta, dentre eles o risco de consumo em excesso e vício ao longo da vida. E que em alguns casos esse início se dá através de vínculos afetivos e familiares, seja por influência ou devido a conflitos com os pais (SILVA et al., 2021)

Visto que o uso de álcool é socialmente aceitável e em alguns lugares do mundo é até estimulado, a exposição dos adolescentes ao álcool tem sido muito grande, aumentando assim as chances de desenvolver outros vícios e utilização de outras drogas. A família tem grande importância no desenvolvimento dos adolescentes, sendo suporte e fornecendo orientações sobre a vida e acompanhando as atividades desenvolvidas por eles. Neste sentido, destaca que famílias cujos pais mostram-se sempre atentos à todas as atividades

que os filhos desenvolvem e estimula-os a buscar atividades saudáveis, apresentam menor envolvimento com álcool e drogas ilícitas (VELASCO, 2023)

No que tange ações preventivas em saúde na adolescência, foi demonstrado em um estudo realizado por Santos et al., (2017) que os adolescentes desconheciam em sua maioria os cuidados com a saúde, ressaltando a importância da construção desse conhecimento. A forma mais efetiva de difusão desse conhecimento nesse grupo especifica seria aquela realizada através de estratégias lúdicas, utilizando meios como músicas, dramatizações e vídeos, como também a importância da vivência em grupo e por fim, a importância do fortalecimento do vínculo com a equipe de saúde levando a maiores possibilidades de intervenção.

Os adolescentes demandam uma atenção particular, principalmente quando falamos no reconhecimento de vulnerabilidade e necessidades desse grupo, facilitando assim a proposta de intervenções. Nesse contexto, as experiências relacionadas ao processo saúde-doença dos adolescentes devem ser levadas em consideração na formulação das ações e em saúde (HOOPER, 2017).

Frente aos resultados de um estudo realizado por Barros et al (2021), observamos a urgente necessidade de um arcabouço para ações de monitoramento e prevenção nesse grupo. Com ações pautadas prioritariamente na demanda espontânea desses para os serviços de saúde. O vínculo e o acesso dos adolescentes aos serviços de saúde são cruciais para a estruturação da atenção focada nas necessidades em saúde do grupo (MARTINS et al., 2019).

O acolhimento também foi demonstrado como uma atividade fragmentada das demais ações, desfavorecendo assim o cuidado. Este acolhimento quando realizado de forma satisfatória favorece as relações entre os profissionais de saúde e os adolescentes, preparando melhor a equipe para resolução de forma mais efetiva da problemática apresentada (BIFFI; MELO; RIBEIRO, 2018).

Um dos pontos relacionados a dificuldade de acesso dos adolescentes, em reconhecer a unidade de saúde da família como um local relacionado a produção e promoção da saúde seria a falta de acolhimento e vínculo. É imperativo que o serviço de saúde valorize o conhecimento do adolescente sobre a sua saúde, sobre o território que ele está inserido, assim como a sua capacidade de contribuir no planejamento do cuidado (ANHAS; CASTRO-SILVA, 2017).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados provenientes dessa revisão nos permitem compreender como a adolescência reflete um processo de transição onde muitas mudanças importantes estão ocorrendo e consequentemente o impacto que essas mudanças ocasionam nessa população.

Diante o que foi exposto observamos o quanto é necessária a implementação de políticas e ações voltadas para esse público. A ampliação do diálogo, um espaço onde os adolescentes possam expor suas dúvidas, curiosidades e vivências. Ao mesmo tempo a informação sendo levada a esse público sobre às diversas situações de risco em que eles estão expostos nessa fase.

Destaca-se a importância da atuação do profissional de saúde, assim como a associação com outros profissionais de diferentes áreas como a educação e serviço social, incluindo esses adolescentes em movimentos que priorizem o aspecto preventivo, destacando também o papel da família na adesão dos adolescentes a esses programas.

À medida que o profissional de saúde tem o conhecimento das circunstâncias de vulnerabilidade em que esses adolescentes estão inseridos tornam-se capazes de identificar situações de risco, e a partir dessas informações considerar caminhos que sejam adequados para reduzir esta exposição.

Destaca-se também a necessidade de estudos que abordem a realidade vivenciada e a necessidade de ampliar a atuação no conhecimento de práticas que tratam dessa temática, valorizar o vínculo entre os profissionais e a população adolescente.

Por fim, sugere-se a ampliação do debate sobre a abordagem de situações de vulnerabilidade nessa população durante a formação do profissional de saúde, uma vez que se constata a necessidade cada vez mais da inserção desse profissional frente as situações vivenciadas pelos adolescentes e como a presença de um vínculo efetivo desses profissionais e o conhecimento das políticas e diretrizes públicas na temática se faz necessária.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Ana Maroso et al. Para além do acesso ao medicamento: papel do SUS e perfil da assistência em HIV no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 57, p. 26, 2023.

ANHAS, Danilo de Miranda; CASTRO-SILVA, Carlos Roberto de. Sentidos atribuídos por adolescentes e jovens à saúde: desafios da Saúde da Família em uma comunidade vulnerável de Cubatão, São Paulo, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 484-495, 2017.

BARBOSA, Luciana Uchôa et al. Dúvidas e medos de adolescentes acerca da sexualidade e a importância da educação sexual na escola. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 12, n. 4, p. e2921-e2921, 2020.

BARBOSA, Orlando et al. ADOLESCÊNCIA E USO DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS: AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO E COMPETÊNCIA SOCIAL. Revista de Psicologia, Educação e Cultura, v. 26, n. 1, p. 92-109, 2023.

BARROS, R. P. et al.. Necessidades em Saúde dos adolescentes na perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva, v. 26, n. 2, p. 425–434, fev. 2021.

BIFFI, Débora; DE MELLO, Marilei de Fatima Ribeiro; RIBEIRO, Vinicius Rodrigues. Acolhimento de enfermagem á saúde do adolescente em uma estratégia de saúde da família. **Revista Perspectiva: Ciência e Saúde**, v. 3, n. 1, 2018.

BOSSONARIO, Pedro Augusto et al. Fatores de risco à infecção pelo HIV entre adolescentes e jovens: revisão sistemática. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 30, 2022.

Brasil. Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança e do Adolescente. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva; Coordenação da Saúde da Criança e do Adolescente. Programa Saúde do Adolescente. Bases Programáticas. 2ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996. 32p.

BUDIMAN, Imam et al. THE ROLE OF UNICEF IN ADDRESSING THE HIV/AIDS EPIDEMIC IN TANZANIA FROM 2019-2022. **Jurnal Multidisiplin Sahombu**, v. 3, n. 01, p. 99-107, 2023.

C. A. de; Oliveira NetaA. D.; MendesJ. R.; CardosoS. de B.; CampeloT. P. T.; BatistaP. V. de S.; AmorimF. C. M.; MagalhãesJ. M. O papel da assistência da enfermagem na prevenção da gravidez em adolescentes: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 15, n. 4, p. e10126, 14 abr. 2022.

Cabral, C. da S., & Brandão, E. R. Gravidez na adolescência, iniciação sexual e gênero: perspectivas em disputa. Cadernos De Saúde Pública,nº36, v 8.2020.

Cristiane da Silva; BRANDÃO, Elaine Reis. Gravidez na adolescência, iniciação sexual e gênero: perspectivas em disputa. Cadernos de Saúde Pública, v. 36, p. e00029420, 2020.

CRUZ MORAES, Larissa; SILVA NOGUEIRA, Leonardo José. HIV e suas complexidades. 2023.

DE SOUZA FAVARETTO, Giovana Ribeiro; NUNES, Sandra Odebrecht Vargas. **Diário do Adolescente: Educar para prevenir**. EDUEL, 2022.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2019.

GONZATTO, Cariane Renata Saldanha Fant et al. Produção de tecnologia educativa: cartilha sobre gravidez na adolescência. 2022.

HOOPER, Silvana Seabra. Geração e juventude: o debate sobre a geração AI-5. **Projeto História: Revista do Programa de Estudos Pós-Graduados de História**, v. 59, 2017.

MOURA, Fernanda Carminati de et al. Uso de álcool relacionado à evasão e o abandono escolar na opinião dos adolescentes. 2020.

Organização Mundial de Saúde (OMS). La salud de los jóvenes: un reto y una esperanza. Genebra:OMS; 120p. 1995.

PASSOS SANTOS, Marks et al. PRÉ-CARNAVAL EDUCATIVO SOBRE INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS COM ADOLESCENTES ESCOLARES. **Journal of Nursing UFPE/Revista de Enfermagem UFPE**, v. 11, n. 12, 2017.

PAVINATI, Gabriel et al. Contextos de vulnerabilidade de adolescentes que (con) vivem com HIV: uma revisão integrativa. Mendeley Data, 2023.

POSSER, Aline Pacheco. Comportamentos de riscos à saúde de adolescentes: ferramentas de avaliação e possibilidades de intervenção. 2022.

REZENDE, Kamila; CAPPELLARI, Heloisa Cristina Luiz; PAGANI, Lucas Augusto Gaioski. Crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade social no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 1, p. e18611124587- e18611124587, 2022.

RODRIGUES, Lívia Santos; DA SILVA, Maria Vanuzia Oliveira; GOMES, Maria Amábia Viana. Gravidez na adolescência: suas implicações na adolescência, na família e na escola. 2019.

SANTOS, Marks Passos et al. Pré-carnaval educativo sobre infecções sexualmente transmissíveis com adolescentes escolares. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 5116-5121, 2017.

SILVA, Matheus Henrique da. Adolescência e ansiedade: interfaces com a Educação. 2023.

SOUZA, Larissa Barros de; PANÚNCIO-PINTO, Maria Paula; FIORATI, Regina Célia. Crianças e adolescentes em vulnerabilidade social: bem-estar, saúde mental e participação em educação. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional, v. 27, p. 251- 269, 2019.

VELASCO, Paulo Miguel. Dependência química: Causas, consequência e tratamento. Digitaliza Conteúdo, 2023.

# CAPÍTULO 7

# GRUPO DE CONVIVÊNCIA PARA IDOSOS: COMO FERRAMENTA DE TRABALHO E DESAFIO DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

*Data de aceite: 01/09/2023*

**Bruna Borba Neves**
Terapeuta Ocupacional, Mestre e Doutora em Gerontologia Biomédica pela PUCRS.

**Ana Rita de Oliveira Prinzo**
Enfermeira, Especialização em Saúde da Família, Acupuntura e Docência em Saúde pela UFRGS.

**RESUMO**: A população de idosos tem aumentado consideravelmente, sendo necessário criar grupos de convivência específicos para esse público como uma oportunidade de espaço de trocas de saberes além de proporcionar atividades de lazer, ocupacionais e lúdicas. Objetivo: Trata-se de um relato de experiência de um grupo voltado para promoção de saúde de idosos vinculados ao Centro de Referência de Idosos na cidade de Canoas - RS. Metodologia: O grupo era realizado por uma equipe multiprofissional ( terapeuta ocupacional, enfermeira, psicóloga, assistente social, educadora física, geriatra, nutricionista), uma vez por semana, com duração de 2h, com diferentes temáticas, iniciando com uma parte teórica e após uma parte prática. Resultado: Pudemos constatar os benefícios advindos da participação dos usuários nas atividades que são realizadas neste espaço, tais como: vínculo entre os participantes assim como com a equipe, pontualidade e assiduidade dos idosos demonstrando seu interesse e valorização, aumento da frequência nas interconsultas e no seu processo de saúde. Acreditamos que a manutenção e ampliação destes espaços são de suma importância para a eficaz atenção em saúde mental.

**PALAVRAS-CHAVE**: idosos, centros comunitários para idosos, educação em saúde, promoção da Saúde

## INTRODUÇÃO

A população de idosos no mundo tem aumentado consideravelmente nas últimas décadas. Junto com este avanço da idade e as mudanças de vida os idosos passam a explorar outros campos de desejos, anseios, projetos antes adormecidos, além de quererem compartilhar suas vivências. Sendo os grupos uma oportunidade de espaço de convivência além de promover a redefinição de valores, atitudes e comportamentos ( Wichmann, 2013)

Além da necessidade de ter um

espaço propícios para convivência dos idosos é necessário atentar-se às temáticas no qual eles têm interesse, devendo-se permitir e priorizar o acesso aos assuntos de interesse grupal, para proporcionar o que requer a escuta ativa e o diálogo aberto no conjunto entre os sujeitos para que seja um grupo efetivo ( Previato, 2019).

Os grupos favorecem o bem-estar por meio do suporte social que os idosos encontram quando se envolvem, diminuindo o isolamento social e proporcionando às amizades. Dentro do mesmo grupo pode ter a oportunidade para o suporte informacional (informações objetivas sobre os mais variados tópicos e assuntos), emocional (relações sociais significativas neste contexto) e instrumental (oportunidades de contar com a ajuda dos outros integrantes dos grupos para tarefas externas) ( Carmona, 2014).

Considerando o aumento da população idosa, deve-se ampliar a rede de atendimento comunitário aos idosos com atuação mais efetiva de outras instituições/entidades, bem como implantar outras modalidades de atendimento e atividades de acordo com o interesse e a necessidade dos mesmos, sensibilizando a maior participação. Visto isso, e conjunto com a frequência com que a equipe multiprofissional do Centro de Referência do Idoso (CRI), de Canoas/RS se depara com casos de idosos que apresentam esse desejo em se inserir em novas atividades e criar novos laços de amizade um novo grupo foi pensado para esse público.

## MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, de um grupo de convivência que ocorreu no Centro de Referência do idoso - CRI, na cidade de Canoas/RS. O relato de experiência é uma modalidade de conhecimento no âmbito da pesquisa qualitativa, que tem como finalidade a reinserção e elaboração ativa por meio do trabalho de memória, no qual o sujeito foi afetado e construiu seus direcionamentos de pesquisa ao longo dos tempos (DALTRO; FARIAS, 2019). Além de ser um processo descritivo e interpretativo que se define por meio do olhar/leitura do pesquisador, levando a compreensão do universo existencial. Serão expostas as atividades realizadas neste período, como forma de propiciar um local em que o idosos possa ser inserido além dos objetivos de criar um espaço de convivência, no qual os idosos possam aumentar e ou fortalecer sua rede de amizade, oferecer à população espaço de conhecimento sobre sua saúde e propiciar a partir do conhecimento obtido, mudança de hábito para uma melhor qualidade de vida. Os procedimentos utilizados para construção deste relato de experiência foram as fotografias e vídeos (material privado). Assim, a coleta de dados foi realizada por meio de observações e registros pela equipe. O grupo era coordenado pela terapeuta ocupacional, compartilhado pela multiprofissional, elencando um responsável pelo tema da semana e por colaborar na execução da atividade a fim de abranger todas as áreas e toda a equipe participar de forma ativa. Os participantes do grupo eram idosos vinculados ao centro de referência que

passavam pela avaliação da equipe multiprofissional ( terapeuta ocupacional, enfermeira, psicóloga, assistente social, educadora física, geriatra, nutricionista), que tivessem interesse e aptos a participar.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

O grupo de convivência foi criado em 2019 com o objetivo de proporcionar um espaço seguro de trocas de conhecimentos, ampliação de rede de contatos e consequentemente uma melhora da qualidade de vida das pessoas na velhice. Durante os dez encontros foram oferecidas atividades com diferentes temáticas que promoviam a integração, socialização, aprendizagem, melhora das capacidades físicas e bem estar. Era realizada em uma sala de reuniões, com o uso de cadeiras, mesas, computador e telão para passagem da parte teórica. O restante dos materiais os profissionais iam elaborando com materiais de baixo custo. Os encontros aconteciam uma vez por semana com duração de 2h no período da manhã. Os encontros se estruturam da seguinte forma: um momento inicial de escuta e compartilhamento da semana, em seguida uma introdução teórica do tema, depois a parte prática e por fim uma roda de conversa. Esta estrutura poderia ser modificada conforme o planejamento para cada encontro.

**Descrição da estrutura dos encontros:**

Os conteúdos do grupo foram desenhados pela equipe, pensando na promoção da qualidade de vida da população idosa, os temas foram: Integração da equipe, memória, prevenção de quedas, os cinco sentidos, assistência social e direitos e alimentação.

**1° encontro**

**Dinâmica da teia**

Foram realizados os acordos do grupo, as apresentações dos profissionais, e descrito os objetivos do grupo e após foi realizado uma atividade que se chama “dinâmica da teia”, onde cada pessoa que pegava o barbante, se apresentava e falava uma característica pessoal. Quando todos tiverem terminado suas apresentações, o barbante formou uma grande teia no meio do círculo formado pelos integrantes do grupo. Dessa forma, todo mundo olhou e observou o emaranhado de conexões formadas, para se conhecerem e, consequentemente, criar um relacionamento interpessoal e identificação pessoal entre as pessoas.

**2° encontro**

**Músicas e gerações**

Na parte inicial apresentamos sobre o efeito da música na memória e como elas poderiam inserir a música no cotidiano, após foi realizado um encontro musical - Música e gerações , com músicas dos anos 50,60,70 até as mais recentes, no qual as músicas tocavam, e eles iam passando uma bola, após alguns segundos a música parava e quem tivesse com a bola na mão teria que seguir cantando a letra da música.

A bola foi um objeto utilizado como um dificultador de atenção no qual era uma dupla tarefa, prestar atenção na letra da música e ao mesmo tempo na passagem da bola.

**3° encontro**:

**"Vamos falar sobre Quedas?!"**

Inicialmente, foi abordado o tema sobre quedas, uma temática que é importante e comum entre os idosos. Nesse encontro trouxemos a proposta de uma gincana, dividimos os participantes em duas equipes, distribuímos fitas azul e vermelha para identificação das equipes e placas com as possibilidades de respostas(A ou B). Cada pergunta apresentada tinha duas opções de respostas, mas apenas uma correta. Pontuava a equipe que acertava a questão. Todas as perguntas envolviam o tema sobre quedas e logo após cada questionamento fazíamos uma pausa para aprofundar sobre cada questão com um espaço para tirar dúvidas e troca de informações entre eles.

**4° encontro**

**Jogo do Kim**

Foi realizada a parte teórica da importância dos nossos cinco sentidos para realizar as atividades do cotidiano e após fizemos uma experimentação de sentidos, com o objetivo de estimular o sensório. Então, foram criados cinco ambientes diferentes, onde cada sala era estimulado um sentindo, em uma das salas havia potes com diferentes temperos e cheiros onde o participante de olhos fechados cheirava e tinha que identificar o que era, trabalhando a memória olfativa. Na sala do tato, o participante tinha que tocar em objetos do dia a dia( escova e pente, chave, lápis) com os olhos vendados e identificar o objeto, trabalhando a sensibilidade e o tato. Na sala do paladar, o participante de olhos vendados comia diferentes frutas e tinha que adivinhar quais eram por meio da degustação para estimular o paladar. Na sala da visão, o participante olhava um tabuleiro com diversas figuras e tinha que encontrar a figura que solicitamos, estimulando a visão. E por fim, na sala da audição era colocado vários sons do cotidiano (buzina, cão latindo, chuva) e tinha que identificar a sonoridade, estimulando a audição.

**5° encontro**

**"Show do conhecimento"**

Programas de perguntas e respostas era uma atividade de interesse dos participantes sendo adaptado para os encontros. Na presente dinâmica tinha diversas perguntas sobre conhecimentos gerais em que eles foram divididos em grupo, sendo apresentada as perguntas com quatro alternativas em que eles teriam que entrar em consenso e responder em equipe. A presente atividade teve por objetivo estimular a memória deles com fatos passados e recentes. Incentivar a interação entre eles e a argumentação que teriam.

**6° encontro**

**Quebra cabeça dinâmico**

Atividade no qual tinha imagens em formato de quebra-cabeça espalhado pela sala em que eles tinham que procurar as peças e ir montando o quebra-cabeça com o intuito

de realizar uma atividade cognitiva e física ao mesmo tempo. Em que usavam o raciocínio lógico para montar e a parte física para explorar a sala e buscar as peças.

**7° encontro**

**" Você sabe o que está comendo?"**

O encontro teve caráter educativo e de incentivo a trocar conhecimentos e verbalização de suas principais dúvidas em relação à alimentação. A apresentação foi dividida em alimentos que contém sal/sódio e açúcar e ao final um jogo onde os participantes foram divididos em 2 equipes. O jogo das 3 pistas foi aplicado e durante as dicas foram debatidos ingredientes, nutrientes e mitos sobre a alimentação. Estimulando a participação de todos nas respostas e por consequência aumentando o conhecimento e perceber a forma como cada pessoa lida com saúde/doença no cotidiano.O atendimento em grupo interdisciplinar tem como objetivo educar e ampliar reflexões e ações que favoreçam o bem-estar dos idosos,por meio de um processo que estimule pensar a relação alimento/corpo/vida, buscando contribuir para a promoção do envelhecimento saudável.Ao final do encontro podemos observar a melhora na adesão a condutas nutricionais e aumento na procura de agendamentos para a Nutricionista.

**8° encontro**

**Tabuleiro humano**

Foi construído um tabuleiro, onde a peça principal do jogo eram os próprios participantes. O objetivo do jogo era falar sobre saúde e qualidade de vida. Cada participante jogava o dado, também construído especialmente para atividade, após retirar uma pergunta da cartola, se acertasse a resposta poderia andar nas casas.

**9° encontro**

**" Assistência social e direitos"**

É sabido que os idosos têm diversas dúvidas em relação aos seus direitos a acesso a saúde, educação e seus benefícios por direito. Vendo essa necessidade foi realizado uma apresentação com os direitos que eles teriam e uma roda de conversa com perguntas e respostas para um espaço aberto de trocas e esclarecimentos.

**10° encontro**

**Fechamento**

No último encontro, foi realizada uma atividade de recordação, no qual foram realizadas diversas perguntas sobre os encontros que ocorreram e do que havia sido passado de informação sobre os tópicos. No final teve uma roda de conversa e confraternização no qual eles tiveram o espaço de fala e trouxeram os benefícios da participação do grupo e o interesse por continuar no grupo e na realização das atividades no ano seguinte.

## RELATO E REFLEXÃO SOBRE A VIVÊNCIA DOS IDOSOS

Faz-se oportuno destacar a pontualidade e assiduidades dos idosos durante

todo o período do grupo, evidenciando a importância de incluir os idosos nos grupos de convivência. Em um estudo que relaciona as condições de saúde e participação em grupos de convivência foram observadas associações estatísticas significativas, com percepção positiva do estado de saúde. Além disso, a longevidade feminina acarreta um número expressivo de viúvas que podem vir a participar de grupos de convivência por ser um local seguro ( Benedette, 2012).

Os laços sociais significativos estabelecidos pelos idosos geram consequências positivas físicas e mentais, funcionando como recurso protetivo contra a solidão, por proporcionar o contato com pessoas de faixa etária semelhante que experienciam a mesma fase da vida (Casemiro, 2020).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Assim conclui-se, que conforme o relato de experiência vivenciado, os profissionais da equipe perceberam que a participação dos idosos no grupo beneficiou nos aspectos biopsicossociais. Além de ter sido observado menor índice de faltas nas interconsultas, boa aderência ao grupo, vínculos entre os participantes geradores de relações de amizades e convivências externas ao grupo. Desta forma, manter a participação de grupos de convivências fez com que os idosos pudessem sentir-se pertencentes a um espaço que valorize sua participação, potencializando fatores psicossociais e melhorando a qualidade de vida dos idosos. Por isso, a importância de publicação e divulgação do trabalho realizado para que possa expandir este tipo de ação cada vez mais importante para o envelhecimento da população.

## REFERÊNCIAS

Benedetti, T. R. B., Mazo, G. Z., & Borges, L. J.. (2012). Condições de saúde e nível de atividade física em idosos participantes e não participantes de grupos de convivência de Florianópolis. *Ciência & Saúde Coletiva*, *17*(8), 2087–2093. https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000800019

CASEMIRO, Níldila Villa; FERREIRA, Heloísa Gonçalves. Indicadores de saúde mental em idosos frequentadores de grupos de convivência. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto , v. 21, n. 2, p. 83-96, dez. 2020 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702020000200007&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 31 jul. 2023.

Carmona, C. F., Couto, V. V. D., & Scorsolini-Comin, F. (2014). A experiência de solidão e a rede de apoio social de idosas. *Psicologia em Estudo, 19*(4), 681-691. http://dx.doi.org/10.1590/1413-73722395510

Daltro, M. R, Faria, A. A. Relato de experiência: Uma narrativa científica na pós-modernidade. Estud. pesqui. psicol., Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 223-237, 2019.

Machado, J.C, et al. Idosos: declínio cognitivo e sua associação com fatores epidemiológicos. REV. BRAS. GERIATR. GERONTOL., RIO DE JANEIRO, 2011; 14(1):109-121

PreviatoGF, NogueiraIS, MincoRCL, Jaques AE, Carreira L, Baldissera VDA. Grupo de convivência para idosos na atenção primária à saúde: contribuições para o envelhecimento ativo. Rev Fun Care Online. 2019 jan/mar; 11(1):173-180. DOI: http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.173-180

Wichmann, F. M. A., Couto, A. N., Areosa, S. V. C., & Montañés, M. C. M.. (2013). Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde. *Revista Brasileira De Geriatria E Gerontologia*, *16*(4), 821–832. https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000400016

# DESAFIO EMERGENTE: A EXPANSÃO DO HIV/AIDS ENTRE A POPULAÇÃO IDOSA NO BRASIL – UM OLHAR ANALÍTICO (2011-2021)

*Data de submissão: 17/08/2023* *Data de aceite: 01/09/2023*

**Thais Araujo Borges**
Universidade Federal do Tocantins
Palmas/TO
http://lattes.cnpq.br/5664980598934444

**Mitsuê Silva Lagares**
Universidade Federal do Tocantins
Palmas/TO
http://lattes.cnpq.br/5159757717510765.

**Lorrany Christine de Oliveira Silva**
Universidade Federal do Tocantins
Palmas/TO
https://lattes.cnpq.br/7658365770406675

**Luiz Sinésio Silva Neto**
Universidade Federal do Tocantins
Palmas/TO
http://lattes.cnpq.br/0239885769879636

**RESUMO:** O estudo visa analisar o perfil epidemiológico e a taxa de incidência de HIV/AIDS na população idosa no Brasil, de 2011 a 2021. Trata-se de um estudo epidemiológico, retrospectivo e quantitativo, utilizando dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) fornecidos pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Os resultados indicam um aumento na taxa de detecção da doença entre a população idosa, com a maioria tendo até sete anos de estudo. Este aumento contrasta com a diminuição de diagnósticos na população mais jovem. Foi observada uma maior incidência no sexo masculino. Em termos regionais, a região Sudeste apresentou o maior número de casos, enquanto a Centro-Oeste teve o menor. A categoria 'heterossexual' foi a principal via de exposição. Conclui-se que, apesar do envelhecimento populacional e dos avanços na área médica, a sexualidade na população idosa é insuficientemente abordada em políticas públicas, entre os profissionais de saúde e pelos próprios idosos, tornando-os mais suscetíveis a infecções por doenças sexualmente transmissíveis. A importância de abordar este tema vai além da promoção da saúde e bem-estar da população idosa, sendo crucial entender os fatores que contribuem para essa realidade, que se apresenta como um desafio emergente para a saúde pública.

**PALAVRAS-CHAVE:** Idoso; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; HIV; Saúde Pública; Estudos epidemiológicos.

## EMERGING CHALLENGE: THE EXPANSION OF HIV/AIDS AMONG THE ELDERLY POPULATION IN BRAZIL – AN ANALYTICAL VIEW (2011-2021)

**ABSTRACT:** The study aims to analyze the epidemiological profile and the incidence rate of HIV/AIDS in the elderly population in Brazil, from 2011 to 2021. It is an epidemiological, retrospective and quantitative study, using data from the Department of Informatics of the Unified Health System (DATASUS) provided by the Information System for Notifiable Diseases (SINAN). The results indicate an increase in the detection rate of the disease among the elderly population, with the majority having up to seven years of study. This increase contrasts with the decrease in diagnoses in the younger population. Regionally, the Southeast region had the highest number of cases, while the Central-West had the fewest. The 'heterosexual' category was the main route of exposure. It is concluded that, despite population aging and advances in the medical field, sexuality in the elderly population is insufficiently addressed in public policies, among health professionals and by the elderly themselves, making them more susceptible to infections by sexually transmitted diseases. The importance of addressing this issue goes beyond promoting the health and well-being of the elderly population, and it is crucial to understand the factors that contribute to this reality, which presents itself as an emerging challenge for public health.
**KEYWORDS:** Elderly; Acquired Immunodeficiency Syndrome; HIV; Public health; Epidemiologic studies.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno global que representa um aumento significativo da proporção de indivíduos mais velhos na população total. Esse processo, resultado da queda nas taxas de natalidade e do aumento na expectativa de vida, impõe desafios específicos na área da saúde pública, especialmente no que se refere ao manejo e à prevenção de doenças crônicas e infecciosas (IBGE, 2015; NETO et al, 2015). Segundo pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população idosa no Brasil é de 28 milhões ou, aproximadamente, 13% do contingente populacional total, com estimativas de aumento para 30% em 2050 (AGUIAR et al, 2020; FERREIRA E LEITE, 2022).

Dentre os desafios, ressalta-se a crescente incidência de HIV/AIDS nessa faixa etária, a qual configura-se como uma questão de saúde pública relevante, que destaca a necessidade de abordagens de prevenção e tratamento específicos para esse grupo (AGUIAR et al, 2020). Conhecer essa parcela da população se faz necessário não somente para resolver os agravos, mas para manter e/ou recuperar a autonomia e independência, com qualidade, resolutividade e eficiência (BRASIL, 2019).

Todavia, percebe-se impasses no cuidado com a população idosa. Os atendimentos a esse grupo estão, em sua maioria, estruturados para doenças crônicas não transmissíveis. A prevenção, o diagnóstico e o tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) muitas vezes são negligenciados, já que não são temas frequentemente abordados pelos

profissionais de saúde com os idosos. A estigmatização atribuída ao tema pode criar preconceitos e, em alguns casos, o próprio paciente pode sentir vergonha de discutir o assunto (LEMOS, 2023).

O envelhecimento populacional, aliado à introdução de medicamentos que facilitam a vida sexual dos idosos, como os tratamentos para disfunção erétil e terapia hormonal, tem possibilitado uma vida sexual mais ativa nessa faixa etária. Contudo, essa tendência, combinada com a falta de informação sobre prevenção, levou ao aumento na contaminação por HIV/AIDS entre a população idosa (AGUIAR et al, 2020; SANTOS et al, 2022).

As formas predominantes de contágio são por meio de relações sexuais desprotegidas, transmissão vertical (mãe para filho), transfusões de sangue, e contato com objetos perfurocortantes infectados, sendo a relação sexual desprotegida a via mais comum (MELO et al., 2018). Essa realidade sublinha a necessidade urgente de estratégias de saúde pública direcionadas especificamente para educar e proteger a população idosa, promovendo uma vida sexual segura e enriquecida.

O prognóstico para os indivíduos que iniciam a terapia antirretroviral é promissor, com uma perspectiva de vida semelhante à dos controles da mesma idade. No entanto, circunstâncias como baixa contagem de células TCD4+, contágio por uso de drogas endovenosas ou diagnóstico perto dos 50 anos ou mais, estão associadas a um desfecho desfavorável. Além disso, o diagnóstico na população idosa pode ser retardado por uma variedade de fatores, como o viés das alterações fisiológicas próprias do envelhecimento ou a relutância da pessoa idosa em procurar ajuda por medo do estigma associado à doença. Esse retardo no diagnóstico, ao postergar o início da terapia, pode piorar o prognóstico, deixando os idosos mais vulneráveis a taxas maiores de transmissão, infecção e desfechos desfavoráveis (FERREIRA E LEITE, 2022).

Além disso, Nicaretta et al. (2023) recomendam uma rede de cuidados sistematizada para a realização de diagnósticos precoces, que favorece a diminuição ao risco de infecções oportunistas e doenças. Enfatiza-se, a necessidade de um cuidado que vá além da terapêutica tradicional, capaz de abordar toda a complexidade desses indivíduos que vivem com HIV. Isso inclui serviços de saúde que funcionem de maneira articulada, de acordo com os princípios de intersetorialidade, e com a incorporação de uma gama mais ampla de profissionais no decorrer do tratamento.

De acordo com dados da UNAIDS, em 2021, aproximadamente 39 milhões de pessoas em todo o mundo receberam diagnóstico de HIV. De acordo com o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, no mesmo período, foram identificados 40.880 novos casos no Brasil, totalizando 434.803 soropositivos desde 2007. Embora a população idosa não seja a mais afetada pelo vírus, ela é a única faixa etária que tem demonstrado crescimento constante nos últimos anos. Essa tendência pode ser atribuída a uma combinação de fatores, incluindo os avanços na medicina que possibilitaram um envelhecimento ativo, o acesso gratuito ao tratamento com terapia antirretroviral (TAR) e os fatores excludentes

associados a normas sociais e tabus, que muitas vezes não reconhecem a população idosa como sexualmente ativa (AGUIAR et al., 2020; SOUZA et al., 2023).

Kokorelias et al. (2023) destacam que o estigma associado à doença pode gerar medo em relação à revelação do diagnóstico, resultando em atrasos no início do tratamento. Além disso, o receio de sofrer discriminação por parte dos profissionais de saúde pode também, levar à hesitação ou recusa na busca por atendimento médico oportuno. A suposição de que os programas de serviços sociais são destinados apenas aos indivíduos mais jovens, é outro fator que pode impedir que a população idosa acesse os serviços projetados para a população infectada pelo HIV.

A atenção a essa população, portanto, deve envolver estratégias integradas que atendam às necessidades gerais da população idosa e, simultaneamente, que abordam questões específicas como o HIV/AIDS, enfatizando a importância de políticas de saúde inclusivas e direcionadas à promoção do envelhecimento saudável e digno, reconhecendo-os como parte integral e ativa da sociedade brasileira. Abordar a sexualidade na população idosa é um desafio para as políticas de saúde pública e as complexas questões que envolvem a temática ressaltam a importância da realização de pesquisas que investiguem o comportamento e o conhecimento desse grupo.

O estudo epidemiológico é fundamental para embasar a elaboração de medidas de intervenção, uma vez que fornece dados e análises que permitem compreender a realidade da população estudada, identificar tendências, padrões e fatores de risco. Essas informações são essenciais ao direcionar estratégias eficazes, voltadas a atender às necessidades específicas da população em questão. Dessa forma, o estudo tem o objetivo de analisar o perfil epidemiológico e a taxa de incidência de novos casos de HIV/AIDS na população idosa no Brasil, de 2011 a 2021.

## METODOLOGIA

Estudo epidemiológico, quantitativo e retrospectivo, com dados extraídos do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), fornecidos pelo Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponível no endereço eletrônico (https://datasus.saude.gov.br/), referente aos casos de HIV/AIDS registrados no Brasil entre os anos de 2011 a 2021.

Com o intuito de prevenir falhas decorrentes de atraso na notificação, optou-se por analisar os dados disponíveis até 2021, pois este é o último ano em que estão presentes as informações completas. O banco de dados é alimentado por meio da notificação e investigação de casos e agravos listados na lista nacional de doenças de notificação compulsória, informada mensalmente por todos os estabelecimentos de saúde públicos, conveniados e contratados que realizam internações, sendo consolidados pelos estados e municípios.

Para a tabulação e análise estatística, foram geradas planilhas eletrônicas utilizando o programa TabWin 32 versão 4.14 do Tab para Windows. Posteriormente, os dados foram exportados para o Microsoft Excel versão 2019. Foram calculadas as frequências absolutas e relativas e os dados foram organizados em tabelas e gráficos de acordo com as variáveis a serem analisadas. As variáveis estudadas incluíram: faixa etária (60-69, 70-79 e 80 anos ou mais), ano de diagnóstico (de 2011 a 2021), sexo (masculino e feminino), anos de estudo (nenhum, ensino fundamental incompleto, fundamental completo, médio incompleto, médio completo, superior incompleto, superior completo), raça/cor (brancos, pretos, pardos, amarelos e indígenas), macrorregião de residência (norte, nordeste, sul, sudeste e centro-oeste) e categoria de exposição (heterossexual, homossexual, bissexual, uso de drogas injetáveis - UDI, hemofílico e transmissão vertical).

Este estudo utilizou informações originadas de bancos de dados de domínio público. Em conformidade com a Resolução nº 510/2016, essa característica justifica a dispensa da apreciação do projeto por um Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.

## RESULTADOS

Na análise quantitativa das informações sobre o diagnóstico de AIDS no Brasil, verificou-se um total de 436.068 diagnósticos durante o período de 2011 a 2021 na população em geral. Em 2013 obteve-se o maior número de notificações (43.850), e em 2020, o menor (30.638)**.** Além disso, a faixa etária com maior frequência no período estudado foi a de 30 a 39 anos com 133.416 (30,6%) diagnósticos, seguida por 106.910 diagnósticos (24,5%) na faixa etária de 20 a 29 anos e 100.012 diagnósticos (22,9%) na faixa etária de 40 a 49 anos. No que diz respeito a população idosa, observaram-se 24.766 casos da síndrome (5,7%) no período estudado, conforme demonstrado na Tabela 1.

| | Faixa Etária | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Ano Diagnóstico | **≤ 14** | **15-19** | **20-29** | **30-39** | **40-49** | **50-59** | **≥ 60** | Total |
| 2011 | 879 | 838 | 9.679 | 14.232 | 10.771 | 4.981 | 1.845 | 43.225 |
| 2012 | 813 | 927 | 9.963 | 13.872 | 10.368 | 5.102 | 1.958 | 43.003 |
| 2013 | 748 | 1.019 | 10.401 | 13.813 | 10.340 | 5.333 | 2.196 | 43.850 |
| 2014 | 657 | 1.058 | 10.209 | 13.346 | 9.855 | 5.309 | 2.189 | 42.623 |
| 2015 | 519 | 1.058 | 10.122 | 12.873 | 9.313 | 5.346 | 2.243 | 41.519 |
| 2016 | 523 | 992 | 9.707 | 12.121 | 9.045 | 5.174 | 2.354 | 39.916 |
| 2017 | 500 | 935 | 10.070 | 11.629 | 8.506 | 5.062 | 2.393 | 39.095 |
| 2018 | 437 | 822 | 9.761 | 11.446 | 8.592 | 5.024 | 2.545 | 38.627 |
| 2019 | 427 | 816 | 9.830 | 11.182 | 8.518 | 5.013 | 2.541 | 38.327 |
| 2020 | 248 | 632 | 7.847 | 8.899 | 6.774 | 4.174 | 2.064 | 30.638 |
| 2021 | 295 | 753 | 9.321 | 10.003 | 7.930 | 4.505 | 2.438 | 35.245 |
| **Total** | **6.091** | **9.850** | **106.910** | **133.416** | **100.012** | **55.023** | **24.766** | **436.068** |

Tabela 1 – Frequência dos casos de AIDS segundo Faixa Etária por Ano Diagnóstico. Brasil, 2011 a 2021.

Fonte: Elaborado pelos autores a partir de dados do SINAN, 2023.

É possível perceber que houve um aumento na taxa de detecção da doença entre o grupo de pessoas com 60 anos ou mais, contrapondo-se ao quadro geral de queda observado no restante da população no mesmo período. Isso pode ser notado na Tabela 1 e Figura 1.
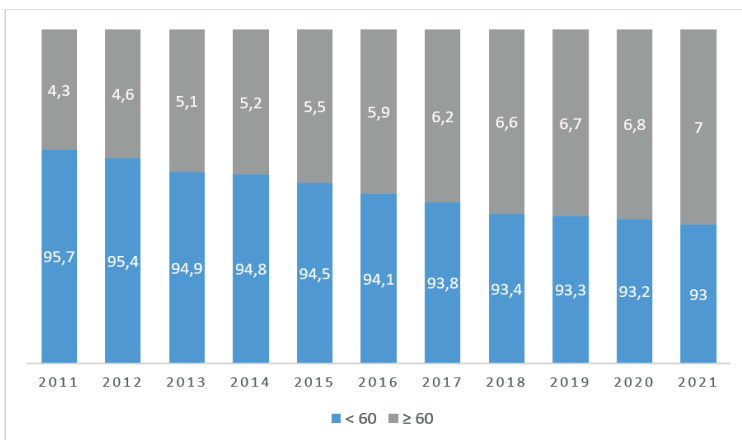
Figura 1 – Distribuição percentual dos casos de AIDS segundo idade, por ano de diagnóstico. Brasil, 2011 a 2021.

Fonte: Elaborado pelos autores a partir de dados do SINAN, 2023.

Em relação à variável do sexo, houve predominância masculina nas notificações da doença em todas as faixas etárias. Dentre os 24.766 casos retratados na população idosa, 15.301 (61,8%) eram do sexo masculino e 9.463 (38,2%) do sexo feminino. Vale ressaltar que, apesar da dominância masculina em todos os anos analisados, como visto na Figura 2 e Tabela 2, é possível observar o aumento de diagnósticos também na população feminina.
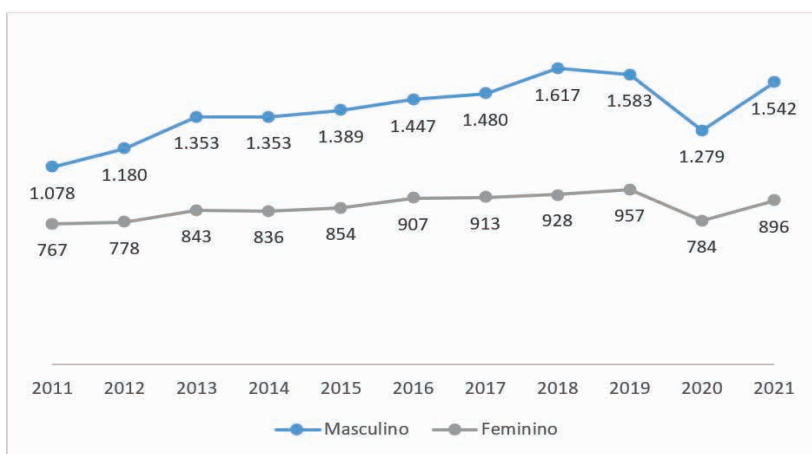
Figura 02 - Gráfico de casos notificados de AIDS, na população idosa, segundo sexo por ano de notificação. Brasil, 2011 a 2021.

Fonte: Elaborado pelos autores a partir de dados do SINAN, 2023.

| Variáveis | 2011 | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 | 2020 | 2021 | Total Abs* | Total (%) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Faixa Etária** | | | | | | | | | | | | | |
| 60-69 | 1.443 | 1.558 | 1.745 | 1.727 | 1.806 | 1.867 | 1.886 | 1.980 | 1.988 | 1.574 | 1.902 | 19.476 | 78,6% |
| 70-79 | 348 | 336 | 387 | 387 | 368 | 412 | 423 | 472 | 463 | 400 | 444 | 4.440 | 17,9% |
| ≥80 | 54 | 64 | 64 | 75 | 69 | 75 | 84 | 93 | 90 | 90 | 92 | 850 | 3,4% |
| Total Abs* | 1.845 | 1958 | 2196 | 2189 | 2243 | 2354 | 2393 | 2545 | 2541 | 2064 | 2438 | 24.766 | 100% |
| Total (%) | 7,4% | 7,9% | 8,9% | 8,8% | 9,1% | 9,5% | 9,7% | 10,3% | 10,3% | 8,3% | 9,8% | 100% | |
| **Sexo** | | | | | | | | | | | | | |
| Masculino | 1.078 | 1.180 | 1.353 | 1.353 | 1.389 | 1.447 | 1.480 | 1.617 | 1.583 | 1.279 | 1.542 | 15.301 | 61,8% |
| Feminino | 767 | 778 | 843 | 836 | 854 | 907 | 913 | 928 | 957 | 784 | 896 | 9.463 | 38,2% |
| Em Branco | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0,0% |
| Total Abs* | 1.845 | 1.958 | 2.196 | 2.189 | 2.243 | 2.354 | 2.393 | 2.545 | 2.541 | 2.064 | 2.438 | 24.766 | 100,0% |
| Total (%) | 7,4% | 7,9% | 8,9% | 8,8% | 9,1% | 9,5% | 9,7% | 10,3% | 10,3% | 8,3% | 9,8% | 100% | |
| **Raça/Cor** | | | | | | | | | | | | | |
| Branca | 677 | 742 | 691 | 671 | 691 | 660 | 657 | 614 | 601 | 449 | 456 | 6.909 | 27,9% |
| Preta | 129 | 121 | 167 | 118 | 135 | 149 | 148 | 158 | 126 | 86 | 117 | 1.454 | 5,9% |
| Amarela | 10 | 6 | 5 | 8 | 9 | 6 | 7 | 6 | 12 | 13 | 7 | 89 | 0,4% |
| Parda | 403 | 437 | 524 | 541 | 499 | 518 | 494 | 568 | 515 | 361 | 479 | 5.339 | 21,6% |
| Indígena | 4 | 5 | 8 | 5 | 5 | 0 | 5 | 7 | 0 | 4 | 2 | 45 | 0,2% |
| Ignorado | 622 | 647 | 801 | 846 | 904 | 1.021 | 1.082 | 1.192 | 1.287 | 1.151 | 1.377 | 10.930 | 44,1% |
| Total Abs* | 1.845 | 1.958 | 2.196 | 2.189 | 2.243 | 2.354 | 2.393 | 2.545 | 2.541 | 2.064 | 2.438 | 24.766 | 100,0% |
| Total (%) | 7,4% | 7,9% | 8,9% | 8,8% | 9,1% | 9,5% | 9,7% | 10,3% | 10,3% | 8,3% | 9,8% | 100,0% | |
| **Escolaridade **** | | | | | | | | | | | | | |
| Sem | 104 | 106 | 133 | 103 | 100 | 120 | 102 | 95 | 96 | 53 | 71 | 1.083 | 10,3% |
| FI** | 521 | 558 | 568 | 536 | 565 | 530 | 516 | 474 | 483 | 329 | 345 | 5.425 | 51,5% |
| FC** | 106 | 101 | 134 | 116 | 120 | 98 | 126 | 149 | 107 | 75 | 105 | 1.237 | 11,7% |
| MI** | 40 | 53 | 50 | 50 | 40 | 46 | 49 | 40 | 44 | 33 | 32 | 477 | 4,5% |
| MC** | 94 | 117 | 112 | 133 | 134 | 120 | 134 | 152 | 130 | 110 | 146 | 1.382 | 13,1% |
| SI** | 16 | 6 | 14 | 16 | 11 | 22 | 18 | 12 | 15 | 15 | 14 | 159 | 1,5% |
| SC** | 56 | 71 | 82 | 77 | 61 | 86 | 79 | 75 | 74 | 56 | 54 | 771 | 7,3% |
| Total Abs* | 937 | 1.012 | 1.093 | 1.031 | 1.031 | 1.022 | 1.024 | 997 | 949 | 671 | 767 | 10.534 | 100,0% |
| Total (%) | 8,9% | 9,6% | 10,4% | 9,8% | 9,8% | 9,7% | 9,7% | 9,5% | 9,0% | 6,4% | 7,3% | 100,0% | |
| **Região de Residência** | | | | | | | | | | | | | |
| Região Norte | 104 | 114 | 159 | 181 | 176 | 201 | 203 | 233 | 195 | 172 | 236 | 1.974 | 8,0% |
| Região Nordeste | 296 | 336 | 422 | 443 | 425 | 489 | 478 | 550 | 547 | 406 | 535 | 4.927 | 19,9% |
| Região Sudeste | 859 | 845 | 938 | 883 | 918 | 933 | 954 | 984 | 970 | 825 | 914 | 10.023 | 40,5% |
| Região Sul | 468 | 523 | 529 | 526 | 589 | 574 | 551 | 623 | 643 | 528 | 567 | 6.121 | 24,7% |
| Região Centro-oeste | 118 | 140 | 148 | 156 | 135 | 157 | 207 | 155 | 186 | 133 | 186 | 1.721 | 6,9% |
| Total Abs* | 1.845 | 1.958 | 2.196 | 2.189 | 2.243 | 2.354 | 2.393 | 2.545 | 2.541 | 2.064 | 2.438 | 24.766 | 100,0% |
| Total (%) | 7,4% | 7,9% | 8,9% | 8,8% | 9,1% | 9,5% | 9,7% | 10,3% | 10,3% | 8,3% | 9,8% | 100,0% | |
| **Exposição** | | | | | | | | | | | | | |
| Homossexual | 63 | 77 | 93 | 73 | 75 | 103 | 74 | 71 | 66 | 66 | 79 | 840 | 3,4% |
| Bissexual | 46 | 52 | 58 | 42 | 42 | 49 | 63 | 57 | 44 | 31 | 36 | 520 | 2,1% |
| Heterossexual | 946 | 973 | 1.061 | 977 | 986 | 911 | 994 | 992 | 939 | 671 | 748 | 10.198 | 41,2% |
| UDI*** | 4 | 15 | 7 | 12 | 22 | 11 | 7 | 13 | 8 | 7 | 7 | 113 | 0,5% |
| Hemofílico | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0,0% |
| Transfusão | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 7 | 0,0% |
| AMB*** | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0,0% |
| Trans. Vertical | 4 | 7 | 6 | 8 | 5 | 4 | 3 | 7 | 5 | 4 | 3 | 56 | 0,2% |
| Ignorado | 780 | 834 | 970 | 1.076 | 1.111 | 1.274 | 1.251 | 1.404 | 1.479 | 1.285 | 1.565 | 13.029 | 52,6% |
| Total Absoluto | 1.845 | 1.958 | 2.196 | 2.189 | 2.243 | 2.354 | 2.393 | 2.545 | 2.541 | 2.064 | 2.438 | 24.766 | 100,0% |
| Total (%) | 7,4% | 7,9% | 8,9% | 8,8% | 9,1% | 9,5% | 9,7% | 10,3% | 10,3% | 8,3% | 9,8% | 100,0% | |

Tabela 2 - Perfil sociodemográfico e epidemiológico dos casos notificados de HIV/Aids em idosos, de 2011 a 2021, no Brasil.

Legenda: *Abs.: Absoluto. **FI: Fundamental Incompleto; FC: Fundamental Completo; MI: Médio Incompleto; MC: Médio Completo; SI: Superior Incompleto; SC: Superior Completo. ****UDI: Usuários de Drogas Injetáveis; AMB: Acidente Material Biológico; TV: Transmissão Vertical.

Fonte: Elaborado pelos autores a partir de dados do SINAN, 2023.

A Tabela 2 demonstra que uma parte expressiva da população idosa, 44,1%, não teve o critério raça/cor preenchido. Apesar disso, a raça/cor mais registrada foi a branca, com 27,9%, seguida pela parda, com 21,6%. Porém, é válido ressaltar que houve uma

variação significativa dos valores predominantes quando comparados por região. É possível notar na Figura 3, da qual foram retirados os resultados “ignorado” para que se pudesse ter uma visualização melhor da variação, que as regiões Sul e Sudeste tiveram uma proporção maior de diagnósticos na raça/cor branca, totalizando 81,2% e 54,7%, respectivamente; em contrapartida, as regiões do Norte e Nordeste tiveram predominância de diagnósticos na raça/cor parda, com 79,46% e 72,2%, respectivamente.
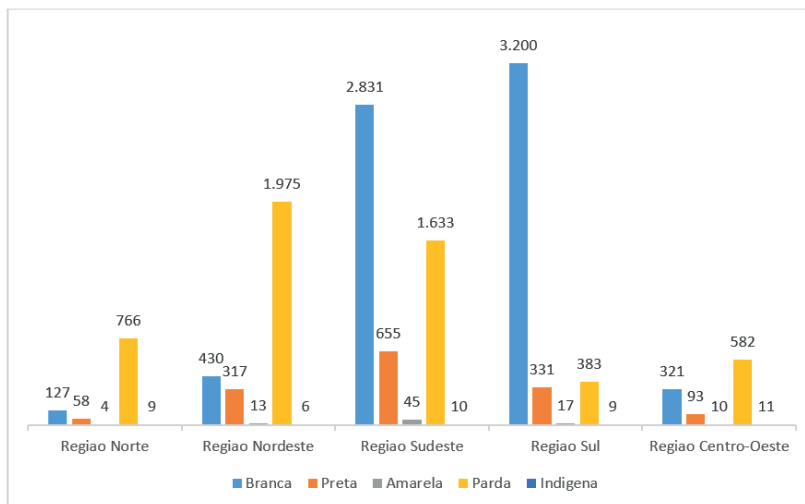
Figura 03 - Gráfico de casos notificados de AIDS, na população idosa, segundo raça/cor por região de notificação, excluindo os dados como “ignorado”. Brasil, 2011 a 2021.

Fonte: Elaborado pelos autores a partir de dados do SINAN, 2023.

Fato semelhante ao da variável raça/cor foi observado na categoria escolaridade, na qual 57,5% das respostas foram ignoradas. Dentre os indivíduos que informaram seu grau de instrução, 51,7% deles possuíam apenas ensino fundamental incompleto (1ª a 8ª série incompleta). Por outro lado, 38% da população idosa tinham pelo menos 8 anos de estudos.

Conforme verifica-se na Tabela 2, a categoria de exposição hierárquica é composta por: contato homossexual, bissexual ou heterossexual; uso de drogas injetáveis; hemofílico; transfusão sanguínea; acidente com material biológico; transmissão vertical, e ignorado. Esse campo foi registrado em 47,4% dos casos, de modo que a exposição predominante foi a heterossexual, com 41,2% do total, e a menos prevalente foi acidente com material biológico com um caso.

Em relação à região de residência, em números absolutos, a região Sudeste obteve o maior número de notificações, com 10.023 casos, seguida pela região Sul, com 6.121, e Nordeste, com 4.927. O Centro-Oeste registrou a menor quantidade de casos, com 1.721, e por fim, a região Norte notificou 1.974 doentes, como demonstrado na Figura 4.
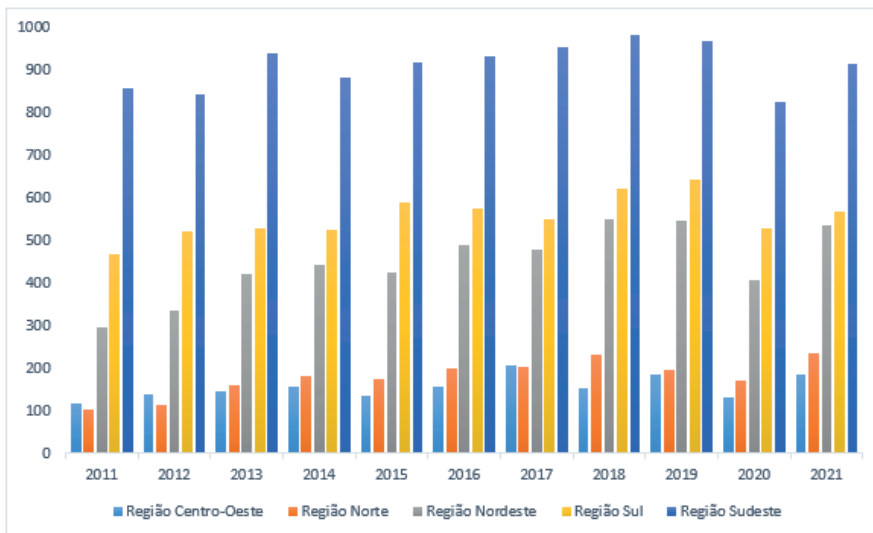
Figura 04 - Gráfico da proporção de casos de AIDS notificados em idosos por região de residência, pelo ano de notificação, de 2011-2021, no Brasil.

Fonte: Elaborado pelos autores a partir de dados do SINAN, 2023.

## DISCUSSÃO

O perfil epidemiológico de HIV/AIDS na população idosa é um tópico complexo que pode ser influenciado por vários fatores, incluindo mudanças globais na saúde pública. É importante considerar que o período da pandemia de Covid-19 pode ter impactado as notificações de casos de AIDS no ano de 2020. Ademais, vale ressaltar que os resultados deste trabalho se baseiam nas notificações informadas ao SINAN, e que o preenchimento incompleto dos dados, ou a falta deles, impactam negativamente na criação de políticas públicas efetivas para o controle e a prevenção da doença.

O aumento do número de casos de HIV em pessoas idosas no Brasil identificado no presente estudo tem sido objeto de análise em diversos outros, Gomes e Lopes (2022) estudaram o panorama dos comportamentos sexuais de risco na população adulta brasileira em 2019, onde foi evidenciado uma maior incidência de casos nesta população e várias razões têm sido apontadas para explicar esse fenômeno. Uma das principais causas está relacionada ao aumento da expectativa de vida e ao uso mais frequente de medicamentos para impotência sexual e reposição hormonal, o que tem resultado em uma vida sexual mais ativa entre os idosos e a implantação do acesso universal à terapia antirretroviral (VIEIRA et al, 2021; CARVALHO e ARAGÃO, 2022). Além disso, a falta de programas educativos direcionados a essa faixa etária, bem como a baixa adesão a práticas de sexo seguro, contribuem para a vulnerabilidade dessa população (SANTOS et al, 2021). Essas complexas interações entre fatores biológicos, comportamentais e socioculturais requerem uma abordagem multidisciplinar para entender e enfrentar o aumento de casos de HIV

entre os idosos no Brasil.

Em relação ao gênero, os homens foram os mais atingidos. Essa constatação é confirmada pelo Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, que revela uma predominância de casos de HIV/Aids entre o sexo masculino no Brasil. Tal fato pode ser atribuído ao preconceito profundamente arraigado entre os homens em relação à visita aos serviços de saúde e ao uso incorreto de preservativos, frequentemente justificado pela suposta redução do prazer sexual e desempenho sexual (NETO et al, 2015; PEREIRA et al, 2022; SOUZA et al, 2023). Este estigma manifesta-se de maneira poderosa, afetando a identidade individual, de grupos e as interações sociais, com repercussões nos processos de saúde e doença.

Embora o sexo masculino tenha sido mais afetado nesta pesquisa, o sexo feminino também mostrou um resultado notável, ilustrando o fenômeno da feminização do HIV/Aids também evidenciado em outros estudos. Essa tendência pode ser entendida através da maior vulnerabilidade biológica e social das mulheres. O aspecto biológico se refere às mudanças morfofisiológicas, enquanto o aspecto social está ligado à continuidade de normas culturais, ao contexto patriarcal que historicamente colocou o homem em posição de domínio sobre a mulher, impactando diretamente nas decisões relacionadas à intimidade; e normas religiosas que impedem a implementação de medidas preventivas, principalmente no que concerne à população idosa (VIEIRA et al, 2021, SANTOS et al, 2022).

Um estudo quase experimental sobre uma intervenção educativa com pessoas idosas sobre HIV/AIDS revelou que muitas mulheres idosas, principalmente aquelas em relações longas e estáveis, dispensam o uso de preservativos, muitas vezes devido à confiança estabelecida e à submissão ao companheiro, ou da incapacidade em negociar a utilização do preservativo, ou mesmo porque acreditam que após a chegada da menopausa não precisam da prevenção (NETO, et al, 2015; ARAÚJO et al, 2020, VIEIRA et al, 2021).

Quando se trata da variável raça/cor, a análise dos dados é complexa, refletindo as diferenças regionais e históricas do Brasil, bem como a natureza subjetiva da variável, que pode depender da autodeclaração do indivíduo ou da interpretação do profissional que registra a informação. Por exemplo, um estudo conduzido por Vieira et al (2021) no estado do Piauí encontrou uma predominância significativa da raça/cor parda entre os casos de HIV/Aids na população idosa. Em contraste, uma pesquisa realizada por Schuelter-Trevisol et al (2013) em Santa Catarina mostrou que a maioria dos idosos afetados era da raça/cor branca, um fenômeno que pode estar ligado a alta presença de descendentes de europeus na região.

Referente à escolaridade, embora a maior parcela dos idosos possua ensino fundamental incompleto, observou-se que a doença acontece em todos os níveis de escolaridade, indicando que o problema vai além do nível de instrução pessoal, mas também inclui crenças religiosas, dogmas morais, construções sociais e outros fatores que se somam a uma série de mitos que precisam ser esclarecidos de forma responsável

(ARAÚJO et al, 2020; PEREIRA, et al, 2022).

Em relação à região de residência, não é surpreendente que o Sudeste tenha registrado o maior número de casos de AIDS, já que é a região mais populosa do Brasil, composta pelos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Espírito Santo e Minas Gerais (SOUZA et al, 2023). Essa observação é corroborada por um estudo de Santos, N. J. S. e colaboradores, que destacou que o estado de São Paulo, em particular, tem sido responsável por cerca de 50% do total de notificações do país desde o início da epidemia. Isso é consistente com sua alta densidade populacional e características de grande centro urbano.

Quando se trata do tipo de exposição, é amplamente reconhecido que a relação sexual sem proteção é a principal via de transmissão da AIDS. Entre os idosos, a relação heterossexual emergiu como o principal meio de exposição à síndrome. Esse aspecto tem sido objeto de crescente estudo, refletindo uma mudança no perfil demográfico tradicionalmente considerado vulnerável à doença. No entanto, muitos idosos não se veem como suscetíveis à infecção pelo HIV, frequentemente associando o risco a grupos como jovens, usuários de drogas, homossexuais e profissionais do sexo (ARAÚJO et al, 2020). Essas percepções podem levar à adoção de comportamentos de risco e sublinham a necessidade de educação sexual direcionada a essa faixa etária.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo destaca o aumento progressivo do HIV/AIDS na população brasileira com mais de 60 anos, em contraste com as faixas etárias mais jovens, predominando em homens heterossexuais, da raça/cor branca, da região Sudeste e com menor escolaridade. Os resultados aprimoram o entendimento da dinâmica epidemiológica da infecção por HIV/AIDS no país e fornecem subsídios para análises a respeito de determinadas variáveis.

A análise aponta para uma necessidade urgente de reconhecer os idosos como igualmente suscetíveis à infecção pelo HIV, exigindo uma reavaliação das práticas de saúde e mais investimentos na área. Diversos esforços devem ser mobilizados para combater o aumento dos casos de HIV/AIDS entre essa população. É essencial desmistificar os tabus em torno da sexualidade e promover a educação sexual direcionada a este grupo, bem como campanhas educativas que incentivem o uso de preservativos, ressaltem a importância dos testes diagnósticos regulares e promovam o entendimento de saúde sexual. A falta de conhecimento sobre a sexualidade na terceira idade pode resultar em atitudes negativas em relação ao tema, o que, por sua vez, aumenta a vulnerabilidade dos idosos ao HIV.

A compreensão e a educação adequadas são essenciais para combater percepções equivocadas e proteger essa população de risco crescente. É igualmente crucial promover campanhas públicas para a educação contínua dos profissionais de saúde, de modo que, além de promoverem a saúde sexual, saibam respeitar, acolher e direcionar a pessoa idosa

com dignidade, livre de estigmas e normas sociais.

Por fim, a vulnerabilidade dos idosos à infecção por HIV está associada a diversos fatores, e a relevância de novos estudos para explorar essa temática não se restringe apenas à promoção da saúde e ao bem-estar da população idosa. Ela também reside na análise e entendimento dos elementos que podem estar contribuindo para essa realidade

## REFERÊNCIAS


AGUIAR, Rosaline Bezerra; LEAL, Márcia Carréra Campos; MARQUES, Ana Paula de Oliveira. Conhecimento e atitudes sobre sexualidade em pessoas idosas com HIV. **Ciência & saúde coletiva**, v. 25, p. 2051-2062, 2020.

AGUIAR, Rosaline Bezerra et al. Idosos vivendo com HIV–comportamento e conhecimento sobre sexualidade: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 575-584, 2020.

ARAÚJO, Wallacy Jhon Silva et al. Intervenção educativa com idosos sobre HIV/aids: um estudo quase experimental. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 29, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS (Departamento de Informática do SUS). Disponível em: http://www2.aids.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/br.def. Acesso em: 20 de julho de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde do Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada: **SAÚDE DA PESSOA IDOSA (2019).** Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. 56 p.:il.

IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA**. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira: 2015** / IBGE, Coordenação de População e Indicadores Sociais. - Rio de Janeiro: IBGE, 2015. 137p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico de HIV/Aids 2021.** Número Especial. Dez. 2021. Disponível em: http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hivaids-2021. Acesso em: 23 de julho, 2023.

DE CARVALHO, Paula Arruda; DE ARAGÃO, Ivana Picone Borges. Epidemia de HIV/AIDS entre a população idosa do Brasil de 2008 a 2018: uma análise epidemiológica. **HU Revista**, v. 48, p. 1-7, 2022.

DE MELO, Bruna de Oliveira et al. Epidemiologia e aspectos imunopatológicos do vírus da imunodeficiência humana (HIV): revisão de literatura. **Revista Ceuma Perspectivas**, v. 31, n. 1, p. 86-100, 2018.

DORNELAS NETO, Jader et al. Doenças sexualmente transmissíveis em idosos: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3853-3864, 2015.

FERREIRA, Cristiane Marcos Soares Dias; LEITE, Isabel Cristina Gonçalves. Epidemiological characteristics and adherence of a cohort of elderly people with HIV/AIDS in the Public Health System. **Einstein (São Paulo)**, v. 20, p. eAO6474, 2022.

GOMES, Nayara Lopes; LOPES, Claudia de Souza. Panorama of risky sexual behaviors in the Brazilian adult population–PNS 2019. **Revista de Saúde Pública**, v. 56, 2022.

KOKORELIAS, Kristina Marie et al. Understanding geriatric models of care for older adults living with HIV: A Scoping Review and Qualitative Analysis. 2023.

LEMOS, Amanda Camilo Silva. OCORRÊNCIA DE HIV NA POPULAÇÃO IDOSA DO BRASIL. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 1, p. 468-477, 2023.

NICARETTA, Ricardo José; FERRETTI, Fátima. Alterações físicas, emocionais e sociais produzidas pelo HIV/Aids na vida dos idosos. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 27, n. 1, 2022.

NICARETTA, Ricardo José et al. Itinerário terapêutico de idosos vivendo com HIV/Aids: perspectivas da história oral. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 33, p. e33013, 2023.

SANTOS, Naila Janilde Seabra et al. A aids no Estado de São Paulo: as mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 5, p. 286-310, 2002.

SANTOS, Tainá Cajazeira et al. Análise temporal da incidência de HIV/aids em idosos no período de 2007 a 2020. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, 2022.

SCHUELTER-TREVISOL, Fabiana et al. Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV atendidos no sul do Estado de Santa Catarina, Brasil, em 2010. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 22, n. 1, p. 87-94, 2013.

SOUZA, Katyucia Oliveira Crispim de et al. Uma análise espaço temporal da mortalidade em pessoas idosas que vivem com HIV/AIDS no estado de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 26, p. e230035, 2023.

PEREIRA, Raquel de Brito et al. Fatores associados à vulnerabilidade de idosos ao HIV/AIDS: revisão integrativa. **Espaç. saúde (Online)**, p. 1-10, 2022.

VIEIRA, Chrystiany Plácido de Brito. *et al*. Tendência de infecções por HIV/Aids: aspectos da ocorrência em idosos entre 2008 e 2018. **Escola Anna Nery,** v. 25, 2021.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). Estatísticas sobre HIV e AIDS. Disponível em: https://unaids.org.br/estatisticas/. Acesso em: julho/2023.

# CAPÍTULO 9

# ATUAÇÃO DA ENFERMEIRA DURANTE INTERNAÇÃO DE PACIENTE COM CÂNCER COLORRETAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

*Data de aceite: 01/09/2023*

**Carla Walburga da Silva Braga**
Hospital de Clínicas de Porto Alegre
Porto Alegre - RS
http://lattes.cnpq.br/7692134556899833

**Resumo**:**Introdução**: Câncer é um termo que abrange mais de 100 diferentes tipos de doenças malignas que têm em comum o crescimento desordenado de células, que podem invadir tecidos adjacentes ou órgãos à distância. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo. A Enfermagem no desempenho de sua profissão defronta-se com pacientes portadores dos mais variados tipos de câncer, partindo dessa constatação surgiu a necessidade de escrever esse capítulo, a fim de proporcionar uma melhor assistência a esses pacientes, bem como aos seus familiares. **Objetivo**: descrever a atuação da enfermeira que assiste o paciente com câncer colorretal durante internação hospitalar. **Metodologia**: Relato de experiência sobre a atuação da enfermeira a paciente com câncer colorretal, em unidade de internação clínica de um hospital universitário, em maio de 2022, localizado em Porto Alegre. **Relato de experiência:** Paciente interna em unidade de internação clínica para tratamento oncológico, realiza-se anamnese, exame físico, verifica-se presença ou não de rede de suporte, limitações para o auto-cuidado, aceitação alimentar, gerencia-se a terapia medicamentosa prescrita e presta-se atendimento a intercorrências e solicitação de médico se necessário. Podem ser solicitadas outras equipes (via consultoria em sistema), de acordo com avaliação da enfermeira. **Conclusão**: Evidenciou-se a importância da atuação da enfermeira na internação do paciente com câncer, pela visão integral centrada no paciente em todas as fases do diagnóstico, tratamento curativo ou no controle dos sintomas, realização de exames e apoio à família. O cuidado em oncologia requer do enfermeiro, não apenas o conhecimento da doença em si, mas também, a destreza em lidar com os sentimentos dos pacientes e com as próprias emoções frente ao doente com ou sem a possibilidade de cura, buscando um atendimento cada vez mais humanizado.

**PALAVRAS-CHAVE**: Câncer colorretal; Paciente; Assistência

## NURSE'S PERFORMANCE DURING HOSPITALIZATION OF A PATIENT WITH COLORETAL CANCER: EXPERIENCE REPORT

**ABSTRACT: Introduction**: Cancer is a term that encompasses more than 100 different types of malignancies that have in common the disordered growth of cells, which can invade adjacent tissues or distant organs. Dividing quickly, these cells tend to be very aggressive and uncontrollable, determining the formation of tumors, which can spread to other regions of the body. Nursing in the performance of its profession is faced with patients with the most varied types of cancer, based on this observation, the need arose to write this chapter, in order to provide better care to these patients, as well as their families. **Objective**: to describe the role of the nurse who assists the patient with colorectal cancer during hospitalization. **Methodology**: Experience report on the role of nurses with cancer patients, in a clinical inpatient unit of a university hospital, in May 2022, located in Porto Alegre. **Experiencereport**: Inpatient in a clinical inpatient unit for cancer treatment, anamnesis, physical examination is performed, the presence or absence of a support network is verified, limitations for self-care, food acceptance, drug therapy is managed prescribed and care is provided for complications and a doctor's request if necessary. Other teams may be requested (via system consulting), according to the nurse's assessment. **Conclusion**: The importance of the nurse's role in the hospitalization of the cancer patient was evidenced, through the integral vision centered on the patient at all stages of diagnosis, curative treatment or symptom control, examinations and family support. Oncology care requires nurses not only to have knowledge of the disease itself, but also to be able to deal with patients' feelings and with their own emotions towards the patient with or without the possibility of cure, seeking care each time. more humanized.
**KEYWORDS**: Colorectalcancer; Patient; Assistance

## INTRODUÇÃO

Câncer é um termo que abrange mais de 100 diferentes tipos de doenças malignas que têm em comum o crescimento desordenado de células, que podem invadir tecidos adjacentes ou órgãos à distância. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo. Os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo. Quando começam em tecidos epiteliais, como pele ou mucosas, são denominados carcinomas. Se o ponto de partida são os tecidos conjuntivos, como osso, músculo ou cartilagem, são chamados sarcomas.

Para o Brasil, para cada ano do triênio de 2020-2022, estimam-se 20.540 casos de câncer de cólon e reto em homens e 20.470 em mulheres. Esses valores correspondem a um risco estimado de 19,64 casos novos a cada 100 mil homens e 19,03 para cada 100 mil mulheres. O câncer colorretal é mais prevalente nos países desenvolvidos, sugerindo uma relação com o desenvolvimento econômico. Sua incidência é elevada na América do Norte e Europa e baixa na América do Sul, África e Ásia. Os Estados Unidos tem um dos índices mais elevados de câncer colorretal no mundo, é maior nas regiões urbanas em comparação com as regiões rurais e nos brancos em comparação com os negros. Em relação ao sexo,

o câncer é mais frequente em mulheres do que em homens, demonstrando as estatísticas de mortalidade por carcinoma de colon a média de 55% para o sexo feminino é 45% para o masculino, levando-se em consideração a região em que habitam. A grande maioria dos casos encontra-se entre a 4a até a 7a década, sendo a idade média entre os 50 e 60 anos. A raça branca é muito mais comprometida do que as outras raças.

O diagnóstico de câncer de cólon é estabelecido pelo exame histopatológico de espécime tumoral obtido por meio da colonoscopia ou do exame de peça cirúrgica. A colonoscopia é o método preferencial de diagnóstico, por permitir o exame de todo o intestino grosso e a remoção ou biópsia de pólipos que possam estar localizados fora da área de ressecção da lesão principal. O diagnóstico da doença por exame radiológico contrastado do cólon (enema opaco) deve ser reservado para quando não houver acesso à colonoscopia ou quando existir contraindicação médica para esse exame.

A investigação de possíveis metástases intra-abdominais e pélvicas deve ser feita alternativamente por meio do exame de tomografia computadorizada ou ressonância magnética. A investigação de metástases pulmonares deve ser efetuada por meio de tomografia de tórax. Na suspeita de câncer retal pela história clínica é mandatória a realização de um exame proctológico (toque retal).

A identificação correta do local da lesão e a possibilidade de obtenção de espécime para exame histopatológico fazem com que a retossigmoidoscopia (rígida ou flexível) seja sempre indicada na suspeita de câncer retal. Nos casos confirmados da doença, a infiltração e extensão do tumor de reto devem ser avaliadas pela ressonância magnética. Pelo risco de tumores sincrônicos do cólon, a colonoscopia deve ser realizada sempre que possível antes do tratamento desses doentes. O exame de tomografia por emissão de pósitrons (PET-CT) é indicado em situações bem específicas, não devendo ser rotina. (BRASIL, 2003a; BRASIL, 2003b; BRASIL, 2014).

O câncer de intestino é uma doença tratável e frequentemente curável. A cirurgia é o tratamento inicial, retirando a parte do intestino afetada e os gânglios linfáticos (pequenas estruturas que fazem parte do sistema de defesa do corpo) dentro do abdome. Outras etapas do tratamento incluem a radioterapia (uso de radiação), associada ou não à quimioterapia (uso de medicamentos), para diminuir a possibilidade de recidiva (retorno) do tumor. O tratamento depende principalmente do tamanho, localização e extensão do tumor. Quando a doença está espalhada, com metástases para o fígado, pulmão ou outros órgãos, as chances de cura ficam reduzidas. Após o tratamento, é importante realizar o acompanhamento médico para monitoramento de recidivas ou novos tumores.

Os principais fatores relacionados ao maior risco de desenvolver câncer do intestino são: idade igual ou acima de 50 anos, excesso de peso corporal e alimentação não saudável (ou seja, pobre em frutas, vegetais e outros alimentos que contenham fibras). O consumo de carnes processadas (salsicha, mortadela, linguiça, presunto, bacon, blanquet de peru, peito de peru e salame) e a ingestão excessiva de carne vermelha (acima de 500 gramas

de carne cozida por semana) também aumentam o risco para este tipo de câncer. Outros fatores relacionados à maior chance de desenvolvimento da doença são história familiar de câncer de intestino, história pessoal de câncer de intestino, ovário, útero ou mama, além de tabagismo e consumo de bebidas alcoólicas.

Doenças inflamatórias do intestino, como retocolite ulcerativa crônica e doença de Crohn, também aumentam o risco de câncer do intestino, bem como doenças hereditárias, como polipose adenomatosa familiar (FAP) e câncer colorretal hereditário sem polipose (HNPCC). Pacientes com essas doenças devem ter acompanhamento individualizado. A exposição ocupacional à radiação ionizante, como aos raios X e gama, pode aumentar o risco para câncer de cólon. Assim, profissionais do ramo da radiologia (industrial e médica) devem estar mais atentos.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que os casos de câncer aumentarão cerca de 81% nos países em desenvolvimento até 2040. A principal causa é a falta de recursos destinados à prevenção. Em um comunicado divulgado em 03/02/2020, a ONU alerta que se as tendências atuais se mantiverem, o mundo registrará um aumento global de 60% dos casos de câncer nas próximas décadas. Em 2018, a OMS contabilizou 18,1 milhões de novos casos da doença, e a organização estima que esse número chegue a algo entre 29 e 37 milhões até 2040. Nos países em desenvolvimento, que possuem as maiores taxas de mortalidade, deverão registrar o maior aumento: 81%, segundo as projeções.

A Enfermagem no desempenho de sua profissão defronta-se com pacientes portadores dos mais variados tipos de câncer, partindo dessa constatação surgiu a necessidade de escrever esse capítulo, a fim de proporcionar uma melhor assistência a esses pacientes, bem como aos seus familiares. O objetivo deste artigo é relatar a experiência na atuação da enfermeira que assiste o paciente com câncer colorretal.

## METODOLOGIA

Segundo Pereira et al (2018), uma das principais características do conhecimento científico é a sua estruturação, pois consiste num saber ordenado, o qual é construído a partir de um conjunto de ideias. Outra característica do conhecimento científico é ser verificável, isto é, determinada ideia deve ser verificada e comprovada sob a perspectiva da ciência para que possa fazer parte do conhecimento científico.

A organização dessa pesquisa deu-se nas seguintes etapas:

1) identificação dos descritores (DeCS) junto à Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) selecionando aqueles considerados pertinentes para a consecução do relato de experiência:Câncer colorretal ; Paciente; Assistência.

2) na segunda etapa, realizou-se levantamento bibliográfico por meio desses descritores através de uma busca online no banco de dados SCIELO, refinando a

busca para o período dos últimos 5 anos.

3) e por fim procedeu- se com a descrição do relato de experiência, buscando relacionar o conhecimento adquirido com o levantamento bibliográfico e a prática desenvolvida na instituição e nos protocolos estabelecidos pela mesma.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

A enfermeira é o profissional responsável pela assistência ao paciente com câncer e sua atuação integra o processo assistencial a pessoa com doença crônica, como o câncer colorretal, desempenhando um papel ativo e partícípio da sua reabilitação, no processo do cuidar, participando de todo o processo de reabilitação, o qual deve ocorrer com dinamismo para que seja enfrentado as problemáticas da aceitação, adaptação e principalmente na realização do autocuidado no domicílio, conformeValle, Turrini e Poveda(2017).

No momento da internação do paciente em unidade de internação clínica para tratamento oncológico, cabe à enfermeira:

- coordenar a internação, apresentando-se ao paciente e família de modo cordial e gentil;
- situar o paciente na unidade de internação, fornecendo principais rotinas;
- realizar anamnese, exame físico;
- verificar presença ou não de rede de suporte;
- verificar limitações para o auto-cuidado;
- verificar aceitação alimentar e liberar a dieta prescrita;
- gerenciar a terapia medicamentosa prescrita;
- prestar atendimento a intercorrências e solicitar médico se necessário,podem ser solicitadas outras equipes (via consultoria em sistema), de acordo com avaliação da enfermeira;
- manter o paciente confortável e comunicá-lo que chame se necessário.

O paciente com câncer de cólon necessita da assistência de muitos profissionais. É fundamental que todos os membros da equipe executem um trabalho de equipe, coordenado e harmônico. A enfermeira desempenha um papel importante junto ao paciente, auxiliando-o a compreender as implicações do diagnóstico e o tratamento, através da colaboração da equipe multiprofissional A educação, o suporte emocional, informações sobre a doença do paciente e seu tratamento, realização de procedimentos, conhecimento dos medicamentos, efeitos colaterais são algumas responsabilidades da enfermeira que atua em oncologia.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem torna-se um importante instrumento, que se seguida com atenção e responsabilidade, é possível prestar um atendimento de qualidade, principalmente visando o paciente como um todo, e não só a doença que ele

tem, não se atentando só as técnicas, mas também as orientações e acompanhamento do mesmo.

Se atentar a todas as etapas da sistematização e preparar este paciente desde a descoberta da doença, o pré-operatório, até a alta hospitalar e ida para casa, sempre estimulando o autocuidado.

## CONCLUSÃO

Evidenciou-se a importância da atuação da enfermeira na internação do paciente com câncer, pela visão integral centrada no paciente em todas as fases do diagnóstico, tratamento curativo ou no controle dos sintomas, realização de exames e apoio à família. O cuidado em oncologia requer do enfermeiro, não apenas o conhecimento da doença em si, mas também, a destreza em lidar com os sentimentos dos pacientes e com as próprias emoções frente ao doente com ou sem a possibilidade de cura, buscando um atendimento cada vez mais humanizado.

## REFERÊNCIAS


BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Prevenção do câncer do intestino**. RBC, 2003. Acesso em: 03 fev. 2020. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_49/v04/pdf/norma5.pdf (a)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Instituto Nacional de Câncer. Falando sobre câncer do intestino**. Rio de Janeiro: INCA, 2003.Acesso em: 03 fev. 2020. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Falando_sobre_Cancer_de_Intestino.pdf (b)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas em Oncologia**. Brasília : Ministério da Saúde, 2014. Acesso em: 03 fev. 2020. Disponível em:http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2016/outubro/19/livro-pcdt...

PEREIRA, Adriana Soares et al. **Metodologia da pesquisa científica**. Santa Maria, RS: UFSM, NTE, 2018. Acesso em 03 fev. 2020. Disponível em: https://www.ufsm.br/app/uploads/sites/358/2019/02/Metodologia-da-Pesquisa-Cientifica_final.pdf

VALLE, Thaína Dalla; TURRINI, Ruth Natalia Teresa; POVEDA, Vanessa de Brito. Fatores intervenientes para o início do tratamento de pacientes com câncer de estômago e colorretal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, n.25, 2017. Acesso em: 03 fev. 2020. Disponível em: https://www.scielo.br/j/rlae/a/VqbXv3GwM4WJS6qtj9wVKKd/?lang=pt&format=pdf

# CAPÍTULO 10

# CANCER DE COLO UTERINO

*Data de aceite: 01/09/2023*

**Danilo César Silva Lima**
Anápolis-GO
Enfermeiro, Professor Centro Universitário do Planalto UNIPLAN,
https://orcid.org/0000-0003-4655-1812

**Natália Batista Matos**
Docente, Instituto Técnico Educacional Madre Teresa
Brasília-DF
http://lattes.cnpq.br/8589236804242461

**Jaqueline Kennedy Paiva da Silva**
Academica, Centro Universitário do Planalto – UNIPLAN.
Brasília-DF
http://lattes.cnpq.br/9077650040271660

**Jefferson Amaral de Morais**
Servidor Público, Enquadramento Funcional: Enfermeiro
Brasilia-DF
https://lattes.cnpq.br/7529927173918095

**Alberto César da Silva Lopes**
Professor do Centro Universitário IESB
Brasília-DF
http://lattes.cnpq.br/9632825154207633

**Gilney Guerra de Medeiros**
Enfermeiro, Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal
Brasília-DF
https://orcid.org/0000-0002-3351-2841

**Marcus Vinícius Ribeiro Ferreira**
Biólogo, Professor, UNICEPLAC
Brasília-DF
http://lattes.cnpq.br/4033741950649548

**Oséias Alves da Silva**
Professor, Centro Universitário do Planalto – UNIPLAN.
Brasília-DF
http://lattes.cnpq.br/7066503816165178

**Paulo Wuesley Barbosa Bomtempo**
Enfermeiro da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.
Brasília-DF
http://lattes.cnpq.br/9539150194009751

**Ana Maria Pereira Wu de Moura**
Brasília-DF
Ciências da Saúde / Área: Enfermagem.
http://lattes.cnpq.br/3356524163256632

**Edmon Martins Pereira**
Celetista, Enquadramento Funcional: Colaborador da Comissão de Ética
Brasilia-DF
https://lattes.cnpq.br/8898987848488364

**José Barbosa Junior Neto**
Professor, Faculdade Metropolitana de Anápolis, FAMA
Anápolis, Go
http://lattes.cnpq.br/0822027109279254

**RESUMO:** Este estudo tem como propósito analisar a forma como as mulheres enfrentam o diagnóstico do Câncer de Colo de Útero. A abordagem adotada é qualitativa, utilizando o método de revisão bibliográfica integrativa com base nos princípios de Mendes (2008). A coleta de dados foi conduzida por meio de uma busca sistemática de artigos científicos publicados nos últimos 10 anos e disponíveis nas bases de dados da Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Na análise dos dados, o material coletado passou por uma leitura sistematizada, na qual os dados foram selecionados, agrupados e categorizados. Os resultados da análise destacam a persistente preocupação com o diagnóstico em estágios avançados, apesar dos progressos nos programas de rastreamento. A qualidade e a disponibilidade dos serviços de saúde demonstram ter um impacto direto na sobrevida das pacientes. Quanto ao tratamento do CCU, diversas abordagens são empregadas, incluindo cirurgia, radioterapia e quimioterapia, com a decisão dependendo do estágio da doença e das características individuais da paciente.
**PALAVRAS-CHAVE:** câncer de colo uterino, diagnóstico de câncer, enfermagem.

## CERVICAL CANCER

**ABSTRACT**: This study aims to analyze how women face the diagnosis of Cervical Cancer. The adopted approach is qualitative, utilizing the method of integrative literature review based on Mendes' principles (2008). Data collection was carried out through a systematic search of scientific articles published in the last 10 years and available in the databases of the Scientific Electronic Library Online (SCIELO) and the Virtual Health Library (BVS). In the data analysis, the collected material underwent systematic reading, where data were selected, grouped, and categorized. The analysis results highlight the persistent concern regarding diagnosis at advanced stages, despite advancements in screening programs. The quality and availability of healthcare services demonstrate a direct impact on patients' survival. Concerning Cervical Cancer treatment, various approaches are employed, including surgery, radiotherapy, and chemotherapy, with the decision depending on the disease stage and individual patient characteristics.
**KEYWORDS:** cervical cancer, cancer diagnosis, nursing.

## CÁNCER DE CUELLO UTERINO

**RESUMEN:** Este estudio tiene como propósito analizar la forma en que las mujeres enfrentan el diagnóstico del Cáncer de Cuello Uterino. El enfoque adoptado es cualitativo, utilizando el método de revisión bibliográfica integrativa basado en los principios de Mendes (2008). La recolección de datos se llevó a cabo a través de una búsqueda sistemática de artículos científicos publicados en los últimos 10 años y disponibles en las bases de datos de la Scientific Electronic Library Online (SCIELO) y la Biblioteca Virtual en Salud (BVS). En el análisis de datos, el material recolectado fue sometido a una lectura sistemática, donde los datos fueron seleccionados, agrupados y categorizados. Los resultados del análisis resaltan la preocupación persistente con respecto al diagnóstico en etapas avanzadas, a pesar de los avances en los programas de detección. La calidad y disponibilidad de los servicios de atención médica demuestran un impacto directo en la supervivencia de las pacientes. En cuanto al tratamiento del Cáncer de Cuello Uterino, se emplean diversas aproximaciones,

incluyendo cirugía, radioterapia y quimioterapia, con la decisión dependiendo de la etapa de la enfermedad y de las características individuales de la paciente.
**PALABRAS CLAVE:** cáncer de cuello uterino, diagnóstico de cáncer, enfermería.

## 1 I INTRODUÇÃO

O Câncer de Colo Uterino (CCU) é uma doença progressiva e lenta, antes de se tornar maligna ocorrem várias alterações no epitélio que estão ligadas a fatores que a mulher foi exposta durante sua vida. O CCU tem seu desenvolvimento quando as células que revestem o epitélio começam sofrer alterações e se multiplicam desordenadamente podendo comprometer tecidos, estruturas e órgãos próximos ou a distância (CARNEIRO *et al*., 2019)

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o Papilomavírus Humano (HPV) é o principal fator de risco para desenvolvimento do CCU estando presente em quasse 100% dos casos. No Brasil o CCU ocupa a terceira posição entre as neoplasias malignas que afetam mulheres, ficando atrás somente do câncer de mama e colorretal (Carneiro et al., 2019).

Para melhor compreensão do tema, a fim de que os profissionais da enfermagem sejam melhor instrumentalizados para a assistência dessas mulheres, o presente estudo tem como pergunta de pesquisa o seguinte questionamento: de que maneira tem sido o enfrentamento do diagnóstico por mulheres com Câncer de Colo de Útero?

Portanto, o presente estudo torna-se relevante e poderá trazer aos graduandos de enfermagem, enfermeiros e demais profissionais da saúde, um conhecimento teórico científico para o desempenho na área oncológica e fornecer um conhecimento para a atuação profissional visando a promoção e educação em saúde com foco em atividades e técnicas desenvolvidas tanto na atenção primária como hospitalar e, para o estímulo de novas pesquisas.

## 2 I OBJETIVO

Analisar o enfrentamento do diagnóstico de Câncer de Colo de Útero pela mulher, a partir da literatura existente.

## 3 I METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa e método de revisão bibliográfica integrativa seguindo os pressupostos de Mendes (2008). A revisão da literatura busca esclarecer um problema a partir de referências teóricas publicadas em artigos, buscando conhecer e analisar as contribuições culturais ou científicas do passado sobre determinado assunto, tema ou problema. Procura também, auxiliar na compreensão de um problema a

partir de referências publicadas em documentos.

A coleta dos dados deu-se mediante busca sistematizada de artigos científicos publicados nos últimos 10 anos e disponíveis no banco de dados da *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO) e na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) utilizando-se os seguintes descritores: câncer de colo uterino, diagnóstico de câncer, enfermagem

Para seleção dos artigos foram considerados os seguintes critérios de inclusão: exclusivamente artigos científicos em língua portuguesa, publicados na íntegra e disponíveis online, no período de 2013 a 2023.

Os critérios de exclusão focaram-se nos estudos que não respondessem ao objetivo da pesquisa, na língua estrangeira e que estivessem publicados anteriormente a 2013.

Para análise dos dados o material coletado passou por leitura sistematizada, onde os dados foram selecionados, agrupados e apresentados em forma de categorias.

## 4 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados estão disponibilizados em forma de categorias, conforme a seguir:

### 4.1 Conhecendo melhor a fase inicial da doença

O câncer de colo do útero (CCU) é uma doença de natureza crônica, com origem em alterações intraepiteliais que podem se transformar em um processo invasor. Pode originar-se do epitélio escamoso da ectocérvice (carcinoma de células escamosas – CCE) ou do epitélio escamoso colunar do canal cervical (adenocarcinoma cervical – ACC). O CCE e o ACC representam 90% e 10% dos casos de CCU, respectivamente (TSUCHIYA, et al, 2017).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), uma infecção persistente ou crônica de um ou mais tipos de papilomavírus humano (HPV) é considerada a causa primária do CCU. O HPV de alto risco é encontrado em 99,7% dos CCUs, sendo a infecção mais comumente adquirida por meio de relações sexuais, geralmente no início da vida sexual. Na maioria dos indivíduos afetados por esse vírus, as infecções são espontaneamente resolvidas. Nos casos em que as infecções se apresentam persistentes, pode haver progressão para o CCU em 10 a 20 anos após a infecção. O câncer de colo uterino é uma das mais graves ameaças à vida das mulheres (TSUCHIYA, et al, 2017).

A infecção persistente pelo Papilomavírus Humano (HPV) é a principal causa do desenvolvimento de neoplasia intraepitelial cervical (lesões precursoras) e do câncer do colo uterino. Estima-se que haja 200 genótipos do HPV, dezoito dos quais intima- mente relacionados com o desenvolvimento do câncer, com destaque para os genótipos 16 e 18, responsáveis por 90% dos casos. No Brasil, o câncer de colo uterino é o terceiro tumor mais frequente na população feminina, após apenas do câncer de mama e do colorretal. A estratégia definida pelo Ministério da Saúde (MS) para rastreamento do câncer de colo uterino e suas lesões precursoras é o exame citopatológico, ou teste de Papanicolau,

direcionado às mulheres que já iniciaram atividade sexual. Esse padrão de rastreamento é considerado oportunístico, ou seja, o exame é realizado apenas quando a mulher procura o serviço de saúde por outras demandas (CARVALHO, et al, 2018).

A disponibilidade e a qualidade dos serviços de saúde influenciam diretamente a sobrevida dos pacientes, que é aumentada ou diminuída conforme o acesso aos serviços de saúde, a existência de programas de rastreamento, a eficácia das intervenções e a disponibilidade de meios diagnósticos e de tratamento. Tal realidade evidencia a pouca capacidade do sistema de saúde de promover o rastreamento e o controle da doença, uma vez que o tratamento das lesões precursoras impede que progridam para câncer invasor (CARVALHO, et al; 2018).

O controle do CCU no setor público condiz com ações de gestão e dos profissionais de saúde, organizadas segundo os níveis hierárquicos do Sistema único de Saúde (SUS), de modo articulado, compondo uma atenção à saúde na perspectiva de integralidade (LOPES, et al, 2019).

Nesse sentido, o controle do CCU é norteado por uma linha de cuidado que sinaliza o fluxo assistencial e os correspondentes protocolos e diretrizes clínicas diante aos graus de evolução da enfermidade. À atenção básica e à atenção especializada – média e alta complexidade – correspondem modalidades de atenção à saúde, sendo: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos (LOPES, et al, 2019).

O acesso aos serviços de saúde diz respeito ao processo de busca por serviços de saúde, realizado por indivíduos que possuem necessidades de saúde, e a concomitante resposta que esses serviços geram a tais necessidades, expressa pelo atendimento prestado aos indivíduos, ou seja, o acesso aos serviços de saúde diz respeito à relação estabelecida entre indivíduos/comunidade e os serviços de saúde. Os serviços de saúde estão inseridos em um contexto local, regional e/ou nacional, facilitador ou limitador desse acesso e de sua boa organização, sendo as práticas desenvolvidas nesses serviços norteadas por preceitos definidores da política de saúde no território de estudo, dos programas e das políticas específicas de cada área da saúde e/ou tipo/grupo de adoecimento (LOPES, et al, 2019).

A grande maioria das mulheres conhece o ‘exame preventivo’, mas mesmo assim parte das mulheres não o realiza. A periodicidade adequada, de modo diferente, não é amplamente conhecida, sendo a não informação uma barreira a seu cumprimento. O rastreio do CCU sofre a interferência de fatores de ordem social e subjetivo-cultural, vivenciados pelas mulheres, do contexto organizacional e das características das ações dos profissionais de saúde (FIOCRUZ, 2019)

Nesse sentido, barreiras organizacionais e desigualdades sociais, econômicas, culturais e raciais condicionam tal ação, sociais e raciais possuem correlações com maior risco e prevalência para CCU. Os limites de acesso a serviços referentes ao diagnóstico do câncer de colo de útero (CCU) estão relacionados a barreiras organizacionais e a limites na ação do enfermeiro (CARVALHO et al., 2018; LOPES et al., 2019).

## 4.2 Recebendo o diagnóstico do câncer de colo

O câncer do colo de útero ocupa lugar de destaque entre os tumores que afetam mulheres em todo o mundo, apresentando ocorrência frequente, principalmente em regiões menos desenvolvidas. Estudos recentes abordaram o risco de diagnóstico em estágio avançado e o tempo para início do tratamento no Brasil trazendo à tona o debate sobre tendência de elevação do percentual de diagnósticos em estágio avançado mesmo em um contexto de aumento da disponibilidade do rastreamento no país, especialmente a partir da década de 1990. Assim, torna-se cada vez mais pertinente o estudo dos determinantes do estadiamento da doença no momento do diagnóstico (RENNA JUNIOR E SILVA, 2018).

Para a OMS, o tratamento deve ser iniciado após o diagnóstico definitivo do CCU, a partir do exame histopatológico de uma biópsia. Os casos diagnosticados pela citologia, assim como as pacientes com lesões visíveis do colo, devem ser encaminhados para a colposcopia. Devido ao seu fácil diagnóstico em estágios precoces por meio da técnica de Papanicolau, houve uma importante redução da morbimortalidade por essa patologia ao longo das últimas décadas, nos países que implementaram massivamente programas de rastreamento e tratamento (TSUCHIYA, et al, 2017).

O prognóstico no câncer do colo de útero depende da extensão da doença no momento do diagnóstico, estando sua mortalidade fortemente associada ao diagnóstico em fases avançadas. Embora o acesso ao exame preventivo tenha aumentado no Brasil, não foi suficiente para diminuir a tendência de mortalidade. O diagnóstico tardio revela, sobretudo, carência na quantidade e qualidade de serviços oncológicos. Essa realidade é atribuída a dificuldades no acesso aos serviços e programas de saúde; pouca capacidade do Sistema Único de Saúde (SUS) em absorver a demanda; e dificuldades dos gestores municipais e estaduais quanto à definição de fluxos na assistência que possibilitem encaminhamento adequado das mulheres com exame alterado. Outro aspecto a ser considerado é o tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento efetivo. O diagnóstico tardio resulta em tratamentos mais agressivos e menos efetivos, aumenta o comprometimento físico e emocional da mulher e de sua rede de apoio, eleva os índices de mortalidade pela doença, além de aumentar os custos com internações e uso de medicamentos (CARVALHO et al., 2018).

À atenção básica e a atenção especializada – média e alta complexidade – correspondem modalidades de atenção à saúde, sendo: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. A promoção diz respeito a ações transversais visando promover melhorias na saúde da população, controlar doenças e agravos à saúde, incluindo ações que ampliem a informação e reduzam as dificuldades de acesso a serviços de saúde (LOPES, et al, 2019).

A prevenção envolve as ações anteriormente mencionadas. O diagnóstico, para os casos com Papanicolau alterado, condiz com a realização de exames para investigação

diagnóstica, como colposcopias, biópsias e entre outros. O tratamento envolve a realização de cirurgias oncológicas, radioterapia, quimioterapia e braquiterapia (LOPES, et al, 2019).

A reabilitação envolve ação multiprofissional visando reestabelecer funcionalidades físico-orgânicas prejudicadas pela enfermidade. Os cuidados paliativos condizem com ações e procedimentos de baixa, média e alta complexidade, com vista à prevenção e alívio do sofrimento- controle dos sintomas, alívio da dor, suporte espiritual, apoio ao cuidador - junto aos casos de não resposta clínica aos tratamentos realizados e, portanto, com risco de vida. O controle do CCU é condicionado pelas desigualdades socioeconômicas e culturais e pelo grau de desempenho do sistema de saúde, sendo o acesso aos serviços de saúde uma das dimensões que compõe este desempenho (LOPES et al., 2019).

## 4.3 Fazendo o tratamento do câncer de colo de útero

Para a OMS, o tratamento deve ser iniciado após o diagnóstico definitivo do CCU, a partir do exame histopatológico de uma biopsia. As opções de tratamento incluem intervenção cirúrgica, radioterapia e quimioterapia, e podem ser realizadas de forma combinada. Os casos diagnosticados pela a citologia, assim como as pacientes com lesões visíveis do colo, devem ser encaminhadas para a colposcopia (TSUCHIYA, et. al., 2017).

Devido ao seu fácil diagnostico em estágios precoces por meio da técnica de Papanicolau, houve uma importante redução da morbimortalidade por essa patologia ao longo das últimas décadas, nos Países que implementaram massivamente programas de rastreamento e tratamento. O tratamento recomendado para lesões pré-neoplasicas do CCU varia de acordo com a sua classificação, sendo: NIC 1, conduta expectante ou destrutiva; NIC 2, conduta destrutiva ou ablativa, e NIC 3, ablação (conizaçao ou histerectomia) (TSUCHIYA, et. al., 2017).

Diversos fatores devem ser considerados ao determinar-se a terapêutica adequada para lesões de alto grau, como idade da paciente, condição clínica e o desejo de manter a fertilidade. Lesões de alto grau devem ser tratadas pela conização, que varia de acordo com a extensão da lesão no canal endocervical, podendo ser conização clássica com bisturi, com alça diatérmica ou a laser. Ainda, para pacientes consideradas inoperáveis, a radioterapia é uma alternativa (TSUCHIYA, et. al., 2017).

O tratamento de carcinomas invasores não localmente avançados de estádio IA2 e IB1 mais indicado é o cirúrgico exclusivo, com indicação de radioterapia (externa e intracavitária) apenas para pacientes sem condições clínicas para cirurgia, ou aquelas que, após o procedimento cirúrgico, apresentarem comprometimento ganglionar, doença parametrial residual ou margens cirúrgicas comprometidas (apenas externa) (INCA 2016).

No estádio IB2, indica-se a cirurgia e linfadenectomia seguida de radioterapia se houver margens cirúrgicas comprometidas e invasão parametrial ou metástases para gânglios, radioterapia externa associada à braquiterapia, seguida ou não de cirurgia, e associação da radioterapia e da quimioterapia, seguida ou não de cirurgia. A radioterapia

exclusiva ou histerectomia radical no estádio IIA tem boas taxas de sucesso. As neoplasias classificadas nos estádios IIB, IIIA, IIIB e IVA são denominadas CCU localmente avançado. O melhor esquema de tratamento para esse grupo de pacientes não está definido (TSUCHIYA, et. al., 2017).

As alternativas incluem: quimiossensibilização, radioterapia exclusiva, quimioterapia neoadjuvante seguida de radioterapia e cirurgia, quimioterapia neoadjuvante seguida de cirurgia e exenteração pélvica. O Inca recomenda para esse grupo de pacientes com CCU localmente avançado o uso de radioterapia exclusiva. A terapêutica para casos de CCU IVB é controversa, sendo a quimioterapia, a radioterapia e as cirurgias paliativas indicadas de acordo com cada caso (INCA, 2022).

Essa categoria evidencia alguns pontos quanto à escolha terapêutica; o medo do retorno da doença após o tratamento e as dúvidas que surgiram no pré e no pós- operatório. O tratamento é indicado à mulher com base no estadiamento tumoral, tipo histológico, idade e recursos disponíveis; tudo isso acordado entre o paciente e médico, podendo este ser assinalado, por meio de cirurgias radicais ou conservadoras, quimioterapias, radioterapias e a associação dessas (SILVA, et. al. 2017).

A relação terapêutica entre profissional de saúde e paciente deve estabelecer uma permeabilidade entre o conhecimento e as necessidades de informações, para que haja a participação do paciente na resolução de suas necessidades de cuidado, por meio da aquisição de conhecimentos, o que, consequentemente, aumenta a autonomia ao paciente, incentivando a busca de seus limites, ajudando-o a estabelecer suas opiniões sobre o sentido do processo saúde e doença (SILVA, et. al. 2017).

Os procedimentos, condutas e rotinas terapêuticas, embora existam para restabelecer e promover o bem-estar do paciente, são percebidos como ameaçadores, agressivos e invasivos, aumentando os sentimentos de impotência, vulnerabilidade e fragilidade. Além de desencadear medo da recidiva da doença ou da própria morte (SILVA, et. al. 2017).

O impacto do tratamento do câncer do colo do útero pode acarretar prejuízos na funcionalidade. Podem ocorrer efeitos colaterais como: fadiga; diarreia; náusea; incontinência urinária; linfedema; estenose vaginal; falta de lubrificação vaginal; dispareunia; distúrbios do sono; estresse e depressão8. Prejuízos relacionados às mudanças nas funções reprodutivas e hormonais podem também afetar a identidade da mulher9 Considerando que o câncer não é mais uma doença de “curta duração”, a mortalidade tem diminuído consistentemente como resultado do sucesso do tratamento (CASTANEDA, et. al. 2019).

A sobrevida relacionada ao câncer apresenta como consequência negativa, na maioria das vezes, sequelas significativas, tanto pela própria doença quanto pelo tratamento. A extensão das sequelas relacionadas ao câncer revela a necessidade de mensuração dos fenômenos relacionados à funcionalidade/incapacidade. Entretanto, o crescimento das medidas de avaliação funcional tem sido criticado pela falta de uniformidade do termo e das medidas de mensuração (CASTANEDA, et. al. 2019).

## 4.4 Vivenciando o diagnóstico do câncer de colo de útero

A sexualidade é inerente ao ser humano, sendo vigente ao modo que somos. A mulher com CCU demostra sentimentos de fragilidade, tensão, dúvidas e, principalmente, o medo do novo, o que, de certa forma, fragiliza emocionalmente a mulher. Sendo a dispareunia o principal fator contribuinte para o desenvolvimento da disfunção sexual em mulheres com CCU pós-tratamento cirúrgico. E, apesar de sentir desejo de manter a atividade sexual, a mulher tem medo do ato sexual e, consequentemente, evita o mesmo, o que pode influenciar negativamente na vida conjugal do relacionamento de populações frente a essa realidade (SILVA, et al., 2017).

A falta de comunicação sobre questões sexuais pode gerar um desentendimento e, suscetivelmente, um sentimento de rejeição. A atividade sexual afetada pode influenciar na intimidade do relacionamento, devido à redução do contato físico, comunicação de sentimentos e ações íntimas. Portanto, o tratamento cirúrgico de CCU é capaz de ocasionar disfunções sexuais e comprometer a qualidade de vida dessas mulheres (SILVA, et al., 2017).

Os processos que englobam a vivência de uma doença como o câncer promovem diferentes mudanças, tanto na vida da mulher, quanto no contexto familiar e social. As mudanças originadas após os tratamentos antineoplásicos são decorrentes de um novo significado atribuído à vida, evidenciado pela inserção de hábitos antes pouco praticados e/ou valorizados em seu cotidiano e ainda pela reavaliação de alguns conceitos pré-existentes. Algumas dessas modificações ocorrem imediatamente após a mulher descobrir o diagnóstico de câncer; outras, ao iniciar os tratamentos, e ainda outras acontecem como consequência de todo esse processo (BRASIL, 2016a).

Percebe-se que as mudanças mais presentes no cotidiano das mulheres entrevistadas neste estudo foram a mudança quanto aos hábitos saudáveis de vida, ressignificando a importância da prevenção, associada à realização do exame preventivo (SILVA, et al., 2017).

Desenvolver hábitos saudáveis melhora significante a qualidade de vida da pessoa, proporcionando menores chances do retorno do câncer. O estudo de Silva et al. (2017) aponta que em mulheres, após o diagnóstico e tratamento de câncer, é comum ocorrerem alterações de alguns comportamentos decorrentes do desejo de terem uma qualidade de vida melhor e, para isso, as pessoas desenvolvem hábitos de vida mais saudáveis, principalmente, aqueles relacionados à alimentação e à prática de atividade física.

Essa categoria aponta os sentimentos enfrentados frente ao diagnóstico, os desafios que o enfrenta, o apoio da família e amigos e a importância da equipe multidisciplinar. Receber um diagnóstico de câncer traz consigo uma gama de emoções que variam de indivíduo a indivíduo. As interpretações sociais podem influenciar a forma como problemas de saúde são percebidos e tratados (SILVA, et al., 2017).

A espiritualidade é considerada "alicerce" para o enfrentamento do processo de adoecimento. Para as pacientes, a espiritualidade compreende a busca de significado e sentido para o processo de adoecimento. Um estudo aponta que a espiritualidade proporciona força para a superação, coragem, alívio no sofrimento, ajudando na adesão e adaptação ao tratamento. A fé auxilia para o enfrentamento do câncer, assim como para suportar os desafios causados pelos tratamentos ou, até mesmo, o medo da morte. Por isso, a fé é apontada como um instrumento importante para o paciente e sua família no enfrentamento diante do diagnóstico e tratamento, por sua tendência de promover conforto e esperança na superação da doença (SILVA, et. al. 2017).

Os autores supracitados descrevem ainda, que o predomínio do sentimento de desespero, medo, negação e vergonha é muito comum nas mulheres recém diagnosticadas . Ressalta-se aqui a importância do papel da Estratégia Saúde da Família (ESF) pois representa um modelo de atenção que tem como foco a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, com o objetivo de criar um vínculo entre a equipe de saúde e usuário. O tempo de espera entre o diagnóstico e o início do tratamento surgiu como um desafio em entrevistas, pois provocou em alguma ansiedade e dúvidas sobre o seu estado clínico**.**

Embora o tratamento seja útil efeitos colaterais agudos ou tardios parecem afetar negativamente a qualidade de vida de pacientes, dos quais estavam relacionados principalmente à atividade sexual negativamente dos participantes por entenderem que medo, insatisfação e insegurança estão relacionados à atividade sexual como mostram os relatos a seguir: Observa-se que as mudanças mais frequentes no cotidiano das mulheres entrevistadas neste estudo foram uma mudança no estilo de vida saudável anulando a importância da prevenção uma mudança relacionada à realização do controle (INCA, 2022)

## 4.5 Assistindo a mulher com cancer de colo uterino

A equipe de saúde é muito importante para o bom funcionamento do setor seja manutenção de equipamentos, monitoramento, procedimentos, instruções, esclarecimento de dúvidas ou até mesmo escuta do paciente e sua família (SILVA, et. al. 2017).

Por sua proximidade com a população, os profissionais da saúde podem desenvolver uma educação em saúde de maneira integral, incentivar as consultas e fazer as abordagens para esclarecimento de dúvidas, riscos, sinais e sintomas, pois essas práticas favorecem mudanças de comportamentos e de atitudes das mulheres.

Ainda sobre educação em saúde é importante o destaque para a realização do Papanicolau periodicamente e os riscos que a mulher corre ao deixar de realizá-lo. Também explicar com o exame é realizado, pode promover o vínculo da equipe com a cliente reduzindo preconceitos e mitos sobre o exame (INCA, 2022)

Torna-se necessário um ambiente adequado e confiável para que as mulheres possam expressar suas queixas e dúvidas. De acordo com o perfil da comunidade, a

assistência pode ser acompanhada pelos Agentes Comunitários de Saúde, e para uma atuação ativa de educação em saúde deve-se preparar melhor os profissionais da saúde para o aconselhamento de mulheres em salas de espera a marcar consultas com o enfermeiro ou médico para realização do Papanicolau. (CARNEIRO, et. al. 2019)

Os autores supracitados ainda descrevem que o enfermeiro é habilitado ao longo de sua vida acadêmica para coleta de exame de citopatologia oncótica e possui respaldo pela Lei do Exercício Profissional 7.498/86, além da coleta do material para realização do exame tem habilidade de interpretar resultados, fazer encaminhamento quando necessário e monitorar casos de suspeita e confirmados de câncer cervical.

As atribuições do enfermeiro são e extrema importância em todo processo de doença do câncer de colo uterino, a começar na prevenção e se estende até os cuidados durante o tratamento da doença. Para tal fato é fundamental que o enfermeiro compreenda os principais fatores de risco que influenciam nesse processo de desenvolvimento do CCU, podendo atuar tanto na prevenção primária com a educação em saúde contínua, como na secundária com o rastreamento para um diagnóstico de lesões precursoras antes de se tornarem invasivas com o exame de citopatologia oncótica (BRASIL, 2016b).

Quanto ao tratamento o enfermeiro tem que priorizar a mulher e a família com um olhar holístico, atendo-os com humanização, apoiando-os emocionalmente, informando como será o processo de tratamento, que geralmente é longo e traz insegurança a mulher e família, atentando aos efeitos colaterais durante o tratamento, fornecendo uma qualidade na assistência para as mulheres, sem fragmentações. (INCA, 2016).

O câncer de colo do útero é a terceira neoplasia mais incidente entre as brasileiras, com taxa de mortalidade acima de 5/100 mil mulheres, apesar de possuir bom prognóstico quando diagnosticado em fases precoces. Segundo a OMS, a faixa etária mais afetada pelo CCU se encontra entre 30 e 49 anos de idade. Os resultados colpocitológicos positivos para CCU são mais frequentes nas mulheres em cenário de vulnerabilidade social. Aproximadamente 500 mil novos casos de CCU são registrados por ano, sendo a maioria diagnosticada em países em desenvolvimento.

Quando as taxas de incidência e mortalidade do Brasil são comparadas ao resto do mundo, os valores tendem a ser intermediários em relação aos países em desenvolvimento e superiores aos países desenvolvidos, que apresentam programas de detecção precoces eficientes. A abordagem da OMS para a prevenção e controle do CCU inclui intervenções programáticas ao longo da vida para prevenir a infecção pelo HPV (TSUCHIYA, et al, 2017)

O objetivo de um programa global de prevenção e controle do CCU é diminuir sua carga por meio da redução de infecções por HPV, da detecção e tratamento de lesões cervicais pré-cancerosas em tempo hábil, diagnóstico e tratamento do câncer invasivo, além de cuidado paliativo. Um programa abrangente inclui três componentes interdependentes: primário, secundário e terciário. O objetivo do componente primário é reduzir o número de casos de infecção por HPV por meio de intervenções como: vacinação de meninas entre 9

e 13 anos, antes do início da vida sexual; educação sexual para meninos e meninas com o objetivo de reduzir a transmissão do HPV [assim como outras infecções sexualmente transmissíveis (IST)]; promoção do uso do preservativo masculino (TSUCHIYA, et al, 2017).

O componente secundário visa diminuir a incidência e a prevalência do CCU e a mortalidade associada. Por fim, o componente terciário almeja diminuir o número de óbitos devidos ao CCU, por meio da facilitação do diagnóstico e tratamento da doença, além de cuidados paliativos que visem ao alívio da dor e do sofrimento das pacientes. A melhoria do acesso aos serviços de saúde e à informação é fundamental para o controle do CCU (BRASIL, 2016a).

Os serviços de saúde em todos os níveis de atendimento devem promover amplo acesso da população à informação. No Brasil, os altos índices de incidência e mortalidade por CCU evidenciam a importância da elaboração e da implementação de políticas públicas na atenção básica, voltadas à atenção integral à saúde da mulher, garantindo ações relativas ao controle dessa doença. Apesar dos avanços na difusão de medidas preventivas, o CCU continua a ser um problema de saúde importante no país. Os gestores e profissionais de saúde devem ser responsáveis pela realização dessas ações e devem possibilitar a integralidade do cuidado, unindo as ações de detecção precoce com a garantia de acesso a procedimentos diagnósticos e terapêuticos

## 5 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo atendeu aos objetivos propostos e de certa forma contribui para apontar possíveis fragilidades, lacunas, limitações na formação do enfermeiro e demais profissionais da saúde, nas questões relativas ao diagnóstico do câncer de colo uterino, particularmente na descoberta da neoplasia e a forma de tratamento, nesse sentido faz-se presente o desafio de rever os processos de formação, e educação permanente elaborados.

As evidências a serem pesquisadas permitirão caracterizar os desafios para o enfrentamento da doença, onde será possível identificar as lacunas na formação profissional. Sendo assim o desenvolvimento deste estudo proporcionará à enfermagem, um conhecimento cientifico maior, sobre o que venha a ser o câncer de mama e a atuação do enfermeiro frente a isso, sendo assim foi alcançando todos os objetivos propostos.

Por isso a enfermagem e demais profissionais da saúde tem o papel de extrema importância durante todo o processo de doença do câncer de colo uterino, a começar na prevenção que se inicia na atenção primária e se estende até os cuidados durante o tratamento da doença.

É fundamental que o enfermeiro compreenda os principais fatores de risco que influenciam nesse processo de desenvolvimento do CCU, podendo atuar tanto na prevenção primária com a educação em saúde contínua, como na secundária com o rastreamento para um diagnóstico de lesões precursoras antes de se tornarem invasivas com o exame

de papanicolau.

## REFERÊNCIAS


BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. 2. ed. rev. ampl. e atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Manual de gestão da qualidade para laboratório de citopatologia. 2. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: INCA, 2016b.

CARNEIRO, C. P. F. et al. O Papel do enfermeiro frente ao câncer de colo uterino. Revista Eletrônica Acervo Saúde, n. 35, p. e1362, 24 out. 2019. Disponível em: https://doi.org/10.25248/reas.e1362.2019.

CARVALHO, Priscila Guedes; O'DWER, Gisele; RODRIGUES, Nadia Cristina Pinheiro. Trajetórias assistenciais de mulheres entre diagnóstico e início de tratamento do câncer de colo uterino. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp), 2018. DOI: 10.1590/0103-1104201811812.

CASTANEDA, Luciana; BERGMANN, Anke; CASTRO, Shamyr; KOIFMAN, Rosalina. Prevalência de incapacidades e aspectos associados em mulheres com câncer de colo do útero, Rio de Janeiro, Brasil, 2019.

FIOCRUZ. Quantas doses são necessárias para a imunização contra HPV?. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/pergunta/quantas-doses-sao-necessarias-para-imunizacao-contra-hpv. Acesso em: 13 jun. 2022.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede et al.. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero_2016_corrigido.pdf. Acesso: 2 mar. 2023.

INCA. Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Câncer do colo do útero. Disponível em: https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-do-colodo-utero. Acesso em: 22 jan. 2023.

LOPES, Viviane Aparecida Siqueira; RIBEIRO, José Mendes. Fatores limitadores e facilitadores para o controle do câncer de colo de útero: uma revisão de literatura, 2019. Rio de Janeiro: Departamento de Serviço Social de Campos, Universidade Federal Fluminense, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fiocruz. DOI: 10.1590/1413-81232018249.32592017.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVAO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto contexto - enferm., Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, Dec. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 28 out. 2020. http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018.

RENNA JUNIOR, Nelson Luiz; E SILVA, Gulnar Azevedo. Tendências temporais e fatores associados ao diagnóstico em estágio avançado de câncer do colo uterino: análise dos dados dos registros hospitalares de câncer no Brasil, 2018. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. DOI: https://doi.org/10.5123/S1679-49742018000200003.

SILVA, A. B. et al. Pontos de decisão no enfrentamento do diagnóstico e tratamento do Câncer de Colo de Útero: Relato de experiência. Revista de Saúde Feminina, v. 4, n. 2, p. 123-135, 2017.

TSUCHIYA, Carolina Terumi; LAWRENCE, Tatiana; KLEN, Mariana Stutz; ARINELLI FERNANDES, Roberta; ALVES, Marcia Regina. O câncer de colo do útero no Brasil: uma retrospectiva sobre as políticas públicas voltadas à saúde da mulher. São Paulo, 2017. F. Hoffmann-la Roche Ltd e Sense Company. DOI: 10.21115/JBES.v9.n1.p137-47.

# CAPÍTULO 11

# CARACTERÍSTICAS COGNITIVAS E COMPORTAMENTAIS E O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA PORTADORA DA SÍNDROME ALCOÓLICA FETAL

*Data de aceite: 01/09/2023*

**Stephani Rico Ribeiro**
Centro Universitário do Vale do Araguaia – UNIVAR

**Sonia Lima de Brito**
Centro Universitário do Vale do Araguaia – UNIVAR

**Shayene Minelly da Silva Guimarães**
Centro Universitário do Vale do Araguaia – UNIVAR

**Stella Rico Ribeiro**
Centro Universitário do Vale do Araguaia – UNIVAR

**Luiz Henrique de Freitas Paula**
Clínica Gênesis

**Marcos Vítor Naves Carrijo**
Centro Universitário do Vale do Araguaia – UNIVAR

**Érika Maria Neif Machado**
Centro Universitário do Vale do Araguaia – UNIVAR

**Josemar Antonio Limberger**
Centro Universitário do Vale do Araguaia – UNIVAR

**RESUMO:** A síndrome alcoólica fetal (SAF) afeta de forma evidente no que se refere às características cognitivas e comportamentais e o desenvolvimento da criança portadora. No presente capítulo realizou-se uma revisão de literatura no formato narrativa, com o uso de descritores e busca em bases de pesquisa para discussão do tema. Nessa discussão conclui-se que os portadores da SAF podem demonstrar pobreza na capacidade de atenção, concentração entre outras habilidades cognitivas. Quantos aos aspectos comportamentais pode desenvolver-se a presença de hiperatividade, dificuldade no controle dos impulsos, condutas que envolvem furtos e roubos, mentiras, subornos e comportamentos de oposição. Vale ressaltar a importância de estratégias que os indivíduos com SAF podem apresentar conduta violenta e envolver-se em delitos, desta forma mais estudos e ações preventivas a exemplo de campanhas veiculadas antitabagismo podem ajudar a mitigar os efeitos dessa patologia.

**PALAVRAS-CHAVE:** Álcool na gestação, consequências, comportamento, criança.

## 1 I INTRODUÇÃO

A Síndrome Alcoólica Fetal (SAF), é um assunto que recentemente parece estar ganhando força, vem rompendo como assunto que se apropria quão grandemente como argumento que até então era um enigma para muitos estudiosos. A SAF está caracterizada por ser uma patologia decorrente de uma condição da ação anormal no desenvolvimento sobre o estágio inicial celular do embrião e condicionando às malformações ocasionadas pela toxidade metabólica na célula fertilizada em evolução por decorrência da ingestão de bebidas etílicas pela mãe durante o período de gestação (STREISSGUTH; O'MALLEY, 2000).

O subdesenvolvimento ou atraso estaturo-ponderal é um fator importante da SAF, onde Ribeiro *et al* (2010) afirma que 80% dos neonatos demonstram baixo peso no que se refere a idade gestacional, bem como na lactante. Os autores afirmam ainda que as anomalias associadas ao SAF correspondem entre dez a cinquenta porcento, sendo que a dismorfia craniofacial tem sido a característica mais grave. Significativamente para o reconhecimento da Síndrome Alcoólica Fetal, a microcefalia, o retardo psicomotor e o quociente de inteligência baixo têm sido condições peculiares à essa patologia. O quadro abaixo demonstra uma relação entre o órgão e as manifestações clínicas da SAF (LIMA, 2008).

| **Cardíacas** | Cardiópatias congênitas |
|---|---|
| **Geniturinárias** | Hipoplasias dos grandes lábios, vagina dupla, hipertrofia do clítoris, displasias renais, uropatias malformativas, rim em ferradura, hipospádias. |
| **Esqueléticas** | Tórax em quilha, escoliose, luxação da anca, sinostose rádio-cubal, aspecto em fuso dos dedos da mão, braquidactília do dedo mínimo da mão, macrodactília do dedo do pé. |
| **Cutâneas** | Hipoplasia das unhas, angiomas, implantação anormal do cabelo. |

Quadro 1 - Malformações associadas à Síndrome Alcoólica Fetal

Fonte: Ribeiro et all, 2010 - A Síndrome Alcoólica Fetal Em Contexto Escolar

A SAF foi descrita pela primeira vez por por um médico pediatra francês chamado Paul Lemoine, em 1967 (LEMOINE *et al*., 1968) e denominada por Jones e Smith, em 1973, (JONES;SMITH, 1973) que identificaram uma série de traços faciais que se caracterizam com deformidade craniofacial (face achatada, crânio pequeno, lábio superior fino, orelha sem paralelismo, micrognastia, nasio rebaixado, entre outros), em crianças nas quais a mãe tenha ingerido álcool excessivamente durante o período gestacional (JACOBSON E JACOBSON, 2003), uma vez que a anomalia estrutural está manifesto no córtex cerebral, corpo caloso, no tamanho do cérebro, e no cerebelo (NUÑEZ; ROUSSOTE; SOWELL, 2011), e contudo, afetando de forma evidente no que se refere às características cognitivas

comportamental e o desenvolvimento da criança. Nesse contexto esse capítulo tem como objetivo discutir sobre as causas da SAF, bem como relatar os problemas comportamentais da mesma.

## 2 I METODOLOGIA

No presente trabalho realizou-se uma revisão da literatura no formato narrativa. Desse modo foram consultadas as bases de dados Scientific Eletronic Library Online (Scielo), Google Acadêmico, Public Medline (PubMed) e Science Direct, utilizando os descritores: síndrome alcoólica fetal, crianças, desenvolvimento, comportamento. Tendo como período de busca artigos em anos variados para discutir a temática, vale ressaltar que artigos clássicos (mais antigos) também ajudaram na composição do texto.

## 3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

O álcool ao passar pelo cordão umbilical e a placenta, ambos sofrem vasoconstrição, promovendo a diminuição dos fluidos importantes na evolução embrionária. Os autores demonstram em seu estudo, que a ação da bebida nas células em formação ocorre por meio da quebra do álcool sendo trabalhado pelo fígado, órgão importante na metabolização digestiva. Assim, ao distribuir os fluidos para o restante da célula embrionária, o cérebro será órgão de maior vulnerabilidade ao efeito do álcool durante o período gestacional, uma vez que o álcool é considerado uma droga psicotrópica, com grande possibilidade de impacto no SNC, promovendo assim, anomalias e alterações estruturais cerebrais permanentes, deformações essas que podem alterar totalmente as funções cognitivas, motoras e comportamentais, acarretando grandes deficiências nas aptidões de aprendizagem, linguagem, alterações de humor e comportamentais, perturbações, aceleração e desaceleração das atividades psíquicas, delírios, alucinações, diminuição do sono, ilusões, dentre outras perturbações de natureza neurológica, podendo prejudicar o desenvolvimento da criança, e enquanto adulto gerando problemas de caráter social (SILVA *et al* 2018) (Quadro II). Várias áreas são identificadas na busca do desenvolvimento do perfil neuropsicológico das crianças afetadas pelo álcool no período pré-natal, incluindo déficits de função intelectual, processamento de informação, memória, atenção e de função executiva (KULLY-MARTENS *et al*., 2012).

| Orgão/Sistema | Manifestações clínicas (Sinais e Sintomas) |
|---|---|
| **Sistema Nervoso Central (SNC) / Cérebro** | Microcefalia; Atraso mental; Défice neurocognitivo; Atraso de desenvolvimento psicomotor;<br><br>Distúrbios de comportamento; Défice de atenção com ou sem hiperatividade. |
| **Sistema Cardiovascular/Coração** | Malformação cardíaca (persistência de comunicação, tetralogia de Fallot, etc); Hemangiomas; Dextrocardia. |
| **Aparelho Urinário** | Rins em ferradura; Disgenesia urovesical; Hipotrofia dos rins; Fístula vesical; Megaureter, etc. |
| **Aparelho esquelético** | Sinostoses; Hipotrofia óssea; Fibroses congénitas; Espinha bífida; Encefalocele; Mielocele; Escoliose; Hemivértebra, etc. |
| **Malformações faciais** | Microcefalia (fáceis pequena); microftalmia; Base do nariz achatada; Baixa implantação das orelhas; Ausência do sulco nasolabial (philtrum); Lábio leporino, etc. |
| **Sistema Visual** | Estrabismo; Microftalmia; Ptose; Blefarofimose; Catarata; Diminuição de acuidade visual, etc. |
| **Aparelho auditivo**<br>. | Déficit de audição (neurológica ou óssea); Otites recorrentes; Orelhas pequenas e mal implantadas, etc |

Quadro II - Relação entre o órgão e as manifestações clínicas da SAF

Fonte: Ribeiro *et al,* 2010 - A Síndrome Alcoólica Fetal Em Contexto Escolar

Na idade escolar as crianças costumam apresentar problemas sociais relacionados por pares. Um déficit frequentemente notado é a dificuldade em usar a linguagem em contextos sociais sofisticados (COGGINS; TIMLER; OLSWANG, 2007), desta forma, como os danos cerebrais são irreversíveis, as dificuldades geradas geralmente perduram por toda a vida da criança (BLACKBURN; CARPENTER; EGERTON, 2010).

Na compreensão das relações funcionais, Feldmann e Papalia (2013) apontam para que a evolução de uma criança seja considerada normal, esta deve relacionar-se as descrições desenvolvimentais realizadas por Jean Piaget. Para este, a primeira fase do desenvolvimento humano, denominado ***"Período Sensório-Motor"***, compreende as idades que vão de 0 a 2 anos. Nesse período evolutivo, a criança age por meio dos reflexos inatos e, por meio destes, adquire habilidades, já percebendo e interagindo com o mundo real. Após esse período inicial se estabelece segundo, denominado de ***"Período Pré-operatório"***, compreendendo as idades de 2 a 7 anos. Aqui, a criança é capaz de manejar o seu mundo simbólico e o intuitivo, e, em um terceiro momento, se dá o Período denominado ***"Período Operatório Concreto"***, que corresponde a idade dos 7 a 11 anos, dando início ao desenvolvimento do raciocínio lógico, compreendendo regras, estabelecendo compromissos etc. Por último, temos o ***"Período Operatório formal abstrato"*** que se dará a partir de 12 anos, demarcando a pré-adolescência, tornando-se então capaz de manipular com representações abstratas e realizando operações com conceitos que não possuem formas físicas, como por exemplo, certos conceitos matemáticos. Assim, ao aplicar-se as teorias do desenvolvimento normal da criança ao

sujeito portador de SAF, e observando-se as manifestações clínicas especificas de afecção craniofaciais e regiões correspondentes, inclui-se suas funcionalidades e, dessa forma, sua evolução biopsicossocial poderá igualmente comprometer-se.

Conforme afirmam Vigotski e Luria (1996), bem como Leontiev (1978), o olho e o ouvido do ser humano não são somente físicos, mas, antes de tudo, são órgãos sociais. "A deficiência não é somente debilidade, mas também força. Nesta verdade psicológica encontra-se o objetivo maior da educação social das crianças com necessidades educativas especiais" (VIGOTSKI; LURIA; apud BARROCO, 2007, p 224).

O sujeito afetado pela SAF, em idade escolar, poderá inserir-se a nível social se, seus colegas em mesma idade, tendencialmente o aceitarem sem condição discriminativa ou vexatória, bem como pelos professores. Se o mesmo não receber tal acolhimento, tanto da família, quanto dos professores, o risco de surgir uma variedade de problemas secundários potencializa-se apontando para problemas de saúde mental, com a lei e, posteriormente vir a abandonar a escola acarretando consequências diversas tais como virem a ser adultos desempregados, sem abrigo e usuários de drogas entre outros (POPOVA et al., 2011).

Já a nível educacional e pedagógico observa-se um maior investimento e especialização obtendo-se um maior entendimento quanto a necessidade destes sujeitos serem inseridos de modo socialmente aceito lhes proporcionando um aprendizado mais condizente as suas limitações específicas, conforme relato:

> *"Bili* 11 anos e morador no Estado de Mato Grosso. Em 2013, estudante do 6º ano, de uma escola pública. O estudante era filho de pais em condições de vulnerabilidade social e dependentes químicos. A mãe, usuária de entorpecentes e álcool, gerou Bili, e ainda teve a graça de amamentá-lo por pouco tempo, pois, por ser moradora de rua, e viver em condições sub-humana e sem condições sociais, financeira e psicológica, teve seu filho encaminhado pelo Conselho Tutelar e a Assistência Social da prefeitura municipal da cidade onde moravam. Encaminharam o bebê para o órgão responsável para adoção. A criança foi adotada por uma família onde a mãe adotiva era uma jovem professora aposentada e sem filhos. Por ironia do destino, a mãe adotiva de Bili veio a óbito por motivos de saúde, e o menino, já adolescente, passou a morar com uma sobrinha da mãe adotiva até a segunda ordem do juiz. Bili, ficou bem amparado em termos financeiros, pois moravam com o sobrinho da mãe adotiva (que tinha condições de oferecer um lar). O menino tinha meios para sua sustentabilidade, herdou o salário da mãe adotiva e os seus bens. Falando em termos de escolarização, a criança tinha a sua disposição uma professora articuladora no contraturno, psicólogo uma vez por semana e ainda participava diariamente das atividades escolar no período matutino. Suas atividades eram diferenciadas, conforme orientação da professora articuladora. O aprendizado era de forma mais lenta, a atividade tinha que ser significativa, pois a atenção segura era por pouco tempo. Suas atividades necessitavam ser de caráter visual. Além da limitação por microcefalia, Bili tinha outros problemas de saúde como disfunções renais e cardíacos. Sua socialização era como a de uma criança normal, como a sua concentração era comprometida, portanto, permanecer muito tempo em uma atividade escolar era muito difícil. Para Bili, o planejamento de aula era diferenciado.*

> *Possuía uma sexualidade acima da sexualidade de uma criança normal. Em resumo, apesar das limitações sua socialização era bem desenvolvida. Mas, nem tudo era um momento de grandes satisfações, sofria muito bullying por ser uma criança com aspectos físicos diferentes. Abílio era brincalhão, nada tirava o bom humor, mas o bullying era a única coisa que mexia com o seu psicológico. A escola sempre procurava trabalhar esse tipo de discriminação envolvendo todos os estudantes em projetos desenvolvidos pelos professores e comunidade escolar, uma vez que atendia grande número de crianças com algum tipo de deficiência. Esse é o relato de uma professora psicopedagoga que teve o contato em atuar com criança em condição da SAF, bem como com outras deficiências na educação básica da rede pública de uma escola do Baixo Araguaia situado no interior de Mato Grosso.*

A avaliação e o desempenho psicopedagógico deve ser introduzida na análise da Síndrome Alcoólica Fetal com o intento de obter um melhor diagnóstico e um ensino com a elaboração personalizada, promovendo dinâmica na aprendizagem e estratégias de caráter cognitivo e pedagógico. A performance das atividades escolares é uma maneira eficaz de avaliar as dificuldades e/ou proficiências da criança diagnosticada com Síndrome Alcoólica Fetal e, com isso, melhor delinear o desenrolar do seu processo de ensino e aprendizagem. Dessa forma o sujeito sendo devidamente acompanhado por uma equipe multiprofissionais poderá até ter a possibilidade de que o seu desenvolvimento possa vir a ser lento, se comparado a crianças normais, mas se dará no tempo cognitivo próprio do sujeito afetado pela SAF.

Ribeiro *et al* (2010) em sua pesquisa concernente a níveis de inclusão social das crianças com a SAF, demonstra que, atualmente, a mesma não vincula-se a uma teoria e que o abarcamento destes sujeitos agora é uma realidade. Faz-se necessário que haja reflexão profunda e significativas entre os alunos, professores e comunidade escolar em geral. Portanto, em nível educacional e pedagógico, essa realidade está sendo alterada, pois, é recente os estudos a nível de especialização para atendimento específico, as formações e estratégias metodológicas dando apoio psicopedagógico a esta criança. Outra condição determinante no desenvolvimento biopsicossocial é o envolvimento da família como sendo basilar e essencial para auxiliar o amadurecimento cognitivo e físico desses sujeito em construção.

Se faz crucial o conhecimento e o entendimento para lidar com as deficiências ocasionadas pela SAF. A família, junto à equipe multiprofissional, bem como os profissionais da educação em questão, devem estar ajustados para que essa criança tenha qualidade de vida, não limitando ou dificultando a sua inserção e permanência na escola, na fase em que for necessário, bem como no trabalho em sua fase adulta, garantindo com isso o seu acesso a qualquer lugar que necessitar estar promovendo com isso condições sem preconceito, acolhendo-o e respeitando-o (AMARAL, 2016).

Castro (2014), discursa que o poder público em conjunto com a sociedade e a família podem funcionar como um sistema de blindagem, como um mecanismo de

proteção da saúde e dos direitos das crianças e adolescentes quando se refere ao estado de vulnerabilidade psíquica, jurídica e social. Para que seja exercido essa práxis, é necessário garantir todos os direitos tanto à mãe quanto ao neonato, para cuidados e assistência especiais, e afirma também que todas as crianças nascidas dentro ou fora do matrimônio gozarão da mesma proteção social.

O artigo 3º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que preconiza que é dever proporcionar o bem de todos, sem hostilizar, indiferentemente da raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. Mas há também um desafio muito grande quanto à efetivação no que tange aos direitos dessas crianças e adolescente pois, isso se dá em função das políticas públicas concernente ao acesso aos recursos e afirma haver no aspecto jurídico, a ignorância no sentido de entender o funcionamento dos direitos e da cultura. Logo, a sociedade não consegue identificar que a crianças e o adolescentes possuem direitos e acesso, principalmente à saúde e a educação. Sendo assim, independentemente da limitação, o ECA é a Lei que ampara, guia, guarda e faz com que a lei seja cumprida (FONTOURA 2011). Alguns estudos demonstram que estes sujeitos estando devidamente assistidos por uma equipe multiprofissional bem como a família, as suas limitações não serão impedidos de interação social.

Pinho *et al* (2006), em sua pesquisa sobre a perspectiva do psicólogo e a SAF, identificam limitações associadas à aprendizagem e a memória no que se refere ao processo cognitivo normal. Os portadores da SAF podem demonstrar pobreza na capacidade de atenção, concentração entre outras habilidades cognitivas. Quantos aos aspectos comportamentais pode desenvolver-se com a presença de hiperatividade, dificuldade no controle dos impulsos, condutas que envolvem furtos e roubos, mentiras, subornos e comportamentos de oposição. Tais comportamentos considerados comuns aos mesmos podem levar estes sujeitos delinquir em diferentes crimes dentro da escola, da família e da sociedade. De acordo com Sobral (2014), a comunidade jurídica afirma que grande parte dos adolescentes infratores envolvidos com diferentes crimes como o tráfico e uso de drogas ilícitas, apresentam algum tipo de patologia psíquica, entre elas está a SAF (SOBRAL, 2014).

## 4 | CONCLUSÃO

Dessa forma pensa-se que, havendo uma atuação da mãe gestante em relação ao uso pernicioso quanto a ingestão de bebidas alcoólicas, esta poderá estar contribuindo ativamente para um possível desenvolvimento desadaptativo do sujeito embrionário, em formação e também, as suas futuras habilidades de relacionamento interpessoal, a qual estará sujeito e, esta possível influência, lhe trará prejuízos à sua postura comportamental com a presença de possível uso de agressão, com a presença de comorbidades relacionadas a disfunções neurológicas e psicológicas. Os estudos vêm sugerindo que os

indivíduos com SAF podem apresentar conduta violenta e envolver-se em delitos, assim, serem levados a lei como se tivessem condições de responder pelos seus atos infracionais. Porém, mesmo com a grande limitação das pesquisas a respeito, sugere-se outros estudos, uma vez que a dificuldade de conhecimento sobre o comportamento destes sujeitos e a sua relação com delitos, podem estar associados.

## REFERÊNCIAS


AMARAL, Amanda de Oliveira. Violência e Criminalidade A Síndrome Alcoólica Fetal como um dos fatores para o seu crescimento. Uma abordagem jurídico-social. Manaus - AM 2016. Disponível: http://repositorioinstitucional.uea.edu.br/bitstream/riuea/. Acesso em: maio 2022).

BLACKBURN, C.; CARPENTER, B.; EGERTON, J. Shaping the future for children with foetal alcohol spectrum disorders. Support for Learning, Malden, v. 25, n. 3, p. 139-145, ago. 2010.

CASTRO, L. A. Aplicação da Doutrina da Proteção Integral em situações de vulnerabilidade. Monografia. Escola de Magistratura do Estado do Rio de Janeiro – 2014.

COGGINS, T. E.; TIMLER, G. R.; OLSWANG, L. B. A state of double jeopardy: impact of prenatal alcohol exposure and adverse environments on the social communicative abilities of school-age children with fetal alcohol spectrum disorder. **Language, Speech, and Hearing Services in Schools**, Washington, v. 38, n. 2, p. 117-127, apr. 2007

FRAGA, Amanda de Araújo Moraes; OLIVEIRA, Beatriz Coelho Duarte; MOTA, Ivanise Correia da Silva. Síndrome Alcoólica Fetal – Consequências e diagnóstico Fetal - DOI 10.18224/evs.v48i1.8771 - ISSN 1983-781X , Goiânia, v. 48, p. 1-10, 2022

JACOBSON, Sandra W. e JACOBSON, Joseph L. SAF/EAF e seu impacto no desenvolvimento psicossocial da criança. Enciclopédia da Criança Sobre o Desenvolvimento na Primeira Infância, 2003.

JONES, K.; SMITH, D.W. Recognition of the fetal alcohol syndrome in early infancy. **Lancet**. 1973 Nov 3;302(7836):999-1001. doi: 10.1016/s0140-6736(73)91092-1. PMID: 4127281.

KULLY-MARTENS et al. Source monitoring in children with and without fetal alcohol spectrum disorders. **Journal of Pediatric Psychology, Cary**, v. 37, n. 7, p. 725-735, aug. 2012.

LEMOINE P, *et al*. Les enfants des parents alcooliques. Anomalies observés à propos de 127 cases. **Ouest Médical**.1968; v 21, p. 476-82.

LIMA, J. M. B. (2008). Álcool e Gravidez - Síndrome Alcoólica Fetal- SAF: Tabaco e outras drogas. Rio de Janeiro: Medbook Editora Científica.

LURIA, Aleksandr Ronanovich. Fundamentos da Neuropsicologia. São Paulo: Ed. Da Universidade de São Paulo, 1981.

NUÑEZ, S. C.; ROUSSOTE, F.; SOWELL, E. R. Focus on: structural and functional brain abnormalities in fetal alcohol spectrum disorders. **Alcohol Research & Health**, Washington, v.34, n. 1, p. 121-131. S.m. 2011.

PAPALIA, D. E. e FELDMAN, R. D. (2013). Desenvolvimento Humano. Porto Alegre, Artmed, 12ª ed.

POPOVA, S. et al. Policy. What do we know about the economic impact of fetal alcohol spectrum disorder? A systematic literature review. **Alcohol and Alcoholism**, Oxford, v. 46, n. 4, p. 490-497, apr. 2011.

RIBEIRO, Elisabete; PONTE, Filomena Ermida da; ARAÚJO, Beatriz. A Síndrome Alcoólica Fetal em Contexto Escolar. I Seminário Internacional "Contributos da Psicologia em Contextos Educativos". Braga: Universidade do Minho, 2010 - ISBN- 978-972-8746-87-2

STREISSGUTH, A. P; O'MALLEY, K. Neuropsychiatric implications and long-term consequences of fetal alcohol spectrum disorders. **Semin Clin Neuropsychiatry**. 2000;5:177-190.

VYGOTSKY, L. S; LURIA, A. R, Estudos sobre a história do comportamento: o macaco, o primata e a criança. Porto Alegre: Artmed, 1996.

http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/pde/arquivos/2305-6.pdf (acesso em mai 2022).

# AVALIAÇÃO DO PICO DE FLUXO DE TOSSE E FLUXO EXPIRATÓRIO EM SUJEITOS DISFÁGICOS

*Data de aceite: 01/09/2023*

**Marília Xavier De Freitas**
Graduanda em Fonoaudiologia pelo Centro Universitário do Cerrado Patrocínio-UNICERP, Patrocínio-MG, Brasil

**Clenda Micheli Batista**
Especialista em Disfagia e Fonoaudiologia Neonatal pelo FONOHOPS em Belo Horizonte, Docente do Centro Universitário do Cerrado de Patrocínio – UNICERP, Patrocínio – MG, Brasil

**RESUMO**: **Introdução:** O ato de deglutir envolve estruturas musculares cartilaginosas e ósseas no trato digestivo e respiratório. Quando alguma estrutura envolvida neste processo apresentar disfunção e houver alguma alteração nas fases oral e faríngea da deglutição. A disfagia está ligada a doenças sistêmicas, mecânicas ou neurológicas. Um dos sinais mais agravantes da disfagia é penetração ou aspiração laríngea, por isso a tosse é muito importante para pacientes com disfagia, pois protegem quanto a possíveis alterações no processo de deglutição, como penetração e ou aspiração de alimentos. E com avaliação do FE e PFT verifica-se se há alterações da função respiratória e/ou expiratória e força de tosse. **Objetivo:** Mensurar o pico de fluxo de tosse e fluxo expiratórios em sujeitos disfágicos. **Material e Métodos:** Tem abordagem transversal, analítico e não controlado. Nesse artigo foi utilizado o aparelho Peak Flow Meter para realizar as medições do FE e PFT e a escala ASHA NOMS para identificar o grau de comprometimento da disfagia. **Resultados:** Participaram da pesquisa 8 pacientes, sendo do sexo masculino, com idade média de 68.75 anos. O diagnóstico clínico mais frequente foi acidente vascular encefálico, correspondendo a 37,50% (n = 3) dos participantes e 75% (n = 6) classificado com disfagia neurogênica. Foi encontrado um PFT referente à 155lpm indicando uma tosse ineficaz, e FE com uma média de 160l/min estando adequado quanto comparado aos valores padrão. **Conclusão**: Não foram encontradas diferenças estatisticamente nas variáveis graus de disfagia, fluxo expiratório e pico de fluxo de tosse em função do tipo de disfagia nos sujeitos avaliados.

**PALAVRAS-CHAVE:** Disfagia. Fluxo Expiratório. Tosse.

## EVALUATION OF PEAK COUGH FLOW AND EXPIRATORY FLOW IN DYSPHAGIC SUBJECTS

**ABSTRACT**: **Introduction:** The act of swallowing involves cartilage and bone muscle structures in the digestive and respiratory tracts. When any structure involved in this process presents dysfunction and there is some alteration in the oral and pharyngeal phases of swallowing. Dysphagia is linked to systemic, mechanical or neurological diseases. One of the most aggravating signs of dysphagia is penetration or laryngeal aspiration, which is why coughing is very important for patients with dysphagia, as they protect against possible changes in the swallowing process, such as penetration and/or aspiration of food. In the evaluation of the EF and PFT, it is verified if there are alterations in the respiratory and/or expiratory function and in the cough strength. **Objective:** To measure peak cough flow and expiratory flow in dysphagic subjects. **Material and Methods:** It has a transversal, analytical and uncontrolled approach. In this article, the Peak Flow Meter device was used to measure the EF and PFT and the ASHA NOMS scale to identify the degree of impairment of dysphagia. **Results:** Eight patients participated in the research, male, with a mean age of 68.75 years. The most frequent clinical diagnosis was stroke, corresponding to 37.50% (n = 3) of the participants and 75% (n = 6) classified as neurogenic dysphagia. A PFT of 155lpm was found, indicating an ineffective cough, and an EF with a mean of 160l/min was adequate when compared to the standard values. **Conclusion:** No statistical differences were found in the variables degrees of dysphagia, expiratory flow and peak cough flow depending on the type of dysphagia in the subjects evaluated
**KEYWORDS:** Cough. Dysphagia. Expiratory Flow.

## 1 I INTRODUÇÃO

O ato de deglutir envolve estruturas ósseas, musculares e cartilaginosas do trato digestivo e respiratório. Quando alguma estrutura envolvida neste processo apresentar disfunção e houver alguma alteração nas fases oral e faríngea da deglutição, será compreendida a disfagia, o que é denominado disfagia orofaríngea. Essa dificuldade de deglutição pode ter origem no sistema nervoso, mecânico, psicológico ou respiratório (LOPES; SILVA; HARGER, 2014).

Frequentemente a disfagia está ligada a doenças sistêmicas ou neurológicas, acidente vascular cerebral (AVC), câncer em região de cabeça e pescoço, efeitos colaterais de medicamentos ou quadro degenerativo próprio do envelhecimento (SANTORO, 2008).

A disfagia é uma alteração na motilidade da deglutição, definida como um sintoma de uma doença de base, que pode levar a complicações como desnutrição, desidratação e alterações no sistema respiratório. Tosse, pigarro, refluxo nasal, perda de peso, resíduos orais e fala nasal são os sinais ou indicações mais comuns de disfagia (MACEDO; MENDES; FERREIRA, 2017).

Um dos sinais mais agravantes da disfagia são penetração ou aspiração laríngea. A penetração de alimentos ocorre quando o alimento está permeando as pregas vocais, ou

seja, acima delas. E a aspiração de alimento, encontra-se abaixo das pregas vocais, em direção às vias aéreas inferiores (PADOVANI, 2007).

A tosse é essencial para manter o trato respiratório limpo e reduzir efetivamente o risco de pneumonia por aspiração. Para gerar fluxo de tosse suficiente, além da capacidade de limpar as secreções mucociliares das vias aéreas, é necessária a integridade das vias neurais das vias aferente e eferente (LOPES; SILVA; HARGER, 2014).

Mudanças em qualquer estágio da tosse reduzirão sua eficácia. Na disfunção bulbar, a incapacidade de fechar a glote e de abrir a glote rapidamente fará com que seu pico de fluxo diminua. A diminuição da intensidade da tosse também pode estar relacionada à fraqueza dos músculos inspiratórios e / ou expiratórios (FREITAS; PARREIRA; IBIAPINA, 2010).

A avaliação da tosse e o fluxo expiratório desses pacientes são muito importantes porque ajuda a avaliar e estimar a função glótica e o risco de complicações pulmonares. (FREITAS; PARREIRA; IBIAPINA, 2010).

Com isso, a participação do fonoaudiólogo na equipe multidisciplinar ajuda na redução de complicações decorrentes das alterações no sistema estomatognático e também na prevenção, contribuindo e proporcionando uma melhor qualidade de vida (LOPES; SILVA; HARGER, 2014). Portanto, o presente artigo teve como objetivo analisar o pico de fluxo de tosse e fluxo expiratórios em sujeitos disfágicos.

## 2 | MATERIAL E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo transversal, analítico e não controlado realizado nas redes públicas em geral, tais como: UBSs, Policlínica, Centro de Saúde do Unicerp e serviços de atenção domiciliar que se situavam na cidade de Patrocínio-MG.

A amostra foi constituída por 8 pacientes do sexo masculino, sendo utilizados os critérios de inclusão e exclusão. Portanto foram incluídos aqueles que apresentaram sintomas relacionados a disfagia e que tiveram interesse em participar dessa avaliação através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ao passo que foram excluídos aqueles que apresentam alguma patologia que o impossibilitava de participar da realização dessa pesquisa e os que não tiveram interesse no estudo, recusando-se a assinar o TCLE.

Foram realizados em encontros semanais, de forma individual, sendo avaliado 2 pacientes a cada 3 dias, totalizando em 4 pacientes por semana devido a pandemia do Novo Coronavírus (COVID-19), onde nesse intervalo foram realizados a esterilização do aparelho, evitando possíveis infecções, e descartado os bocais utilizados na avaliação.

Para coletar os dados primeiramente a pesquisadora avaliou o nível de disfagia aplicando a Escala ASHA NOMS, pois se trata de uma ferramenta multidimensional, organizada para determinar o tipo de dieta que o paciente pode ingerir e a necessidade

de supervisão que deve ser empregada em cada caso. Ela é dividida em sete níveis que variam de um a sete. A menor pontuação indica maior comprometimento na funcionalidade da deglutição (ALVES; ANDRADE, 2017).

Após esse procedimento foi avaliado o pico do fluxo de tosse e o fluxo expiratório com o aparelho Peak Flow Meter (FREITAS; PARREIA; IBIAPINA, 2010) usado para medir a velocidade máxima alcançada pelo ar na expiração forçada, curta e rápida, após máxima inspiração. Esse teste volutivo, foi solicitado ao paciente 3 repetições do FE e do PFT, considerando o maior valor entre as 3 tentativas.

Os dados foram analisados de forma descritiva e inferencial utilizando-se o software SPSS 25.0. Na análise descritiva das variáveis quantitativas contínuas e qualitativas ordinais foram calculadas as medidas de tendência central (média e mediana), variabilidade (desvio-padrão) e posição (mínimo, máximo, primeiro e terceiro quartis). Na análise descritiva das variáveis qualitativas nominais foram calculadas a frequência absoluta e a frequência relativa percentual.

A análise inferencial de comparação de variáveis quantitativas e qualitativa ordinal em função de dois grupos independentes foi realizada com o Teste de Mann-Whitney. A correlação entre variáveis qualitativas ordinais e quantitativas foi realizada com o Teste de Correlação de Spearman. Foi considerado um nível de significância de 5% para as análises inferências.

O desenvolvimento do estudo atendeu as normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos sob nº **2021 1450 FON 001.**

## 3 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

Participaram do presente estudo oito pacientes com disfagia do sexo masculino, com idade média de 68,75 anos. Foi mais frequente o diagnóstico clínico de acidente vascular encefálico (n=3; 37,50%) e o tipo de disfagia neurogênica (n=6; 75%), conforme mostram as Tabelas 1 e 2.

| Variável | Média | DP | Mínimo | Máximo | 1Q | Mediana | 3Q |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IDADE | 68,75 | 14,76 | 49,00 | 95,00 | 55,25 | 69,00 | 76,75 |

Análise descritiva

Legenda: DP=desvio-padrão; 1Q=primeiro quartil; 3Q=terceiro quartil

**Tabela 1** – Caracterização da idade em pacientes com disfagia

| Variável e categorias | n | % |
|---|---|---|
| SEXO | | |
| MASCULINO | 8 | 100,00 |
| DIAGNÓSTICO CLINÍCO | | |
| ACIDENTE VASCULAR ENCEFÁLICO | 3 | 37,50 |
| CA DE OROFARINGE | 1 | 12,50 |
| DEMÊNCIA LEVE | 1 | 12,50 |
| PARALISIA SUPRANUCLEAR PROGRESSIVA-PSP | 1 | 12,50 |
| SEQUELA DE INFARTO CARDÍACO | 1 | 12,50 |
| TUMOR DE HIPOFÍSE | 1 | 12,50 |
| TIPO DE DISFAGIA | | |
| MECÂNICA | 2 | 25,00 |
| NEUROGÊNICA | 6 | 75,00 |

Análise descritiva

Legenda: n=frequência absoluta; %=frequência relativa percentual.

**Tabela 2** – Caracterização de sexo, diagnóstico clínico e tipo de disfagia

O Acidente Vascular Encefálico - AVE é a causa mais frequente de disfagia, pois estudos anteriores relatam uma maior incidência de disfagia orofaríngea, após algum comprometimento neurológico. Dados esses que corroboram com a literatura de Souza et al., 2014, uma vez que 75% dos pacientes avaliados neste presente estudo apresentaram comprometimento neurológico.

De acordo com a pesquisa de Moraes et al., 2006 dos 25 pacientes avaliados, 18 apresentaram disfagia, correspondendo a 61% de base neurológica e 39% de base mecânica. Dados esses, que corroboram com a presente pesquisa, pois 75% dos pacientes apresentaram disfagia neurogênica e 25% mecânica, sendo, a disfagia neurogênica com maior incidência.

Alguns estudos relatam que indivíduos acometidos por disfagia neurogênica podem vim a apresentar alterações na diminuição do pico e fluxo da pressão expiratória e inspiratória e função da tosse prejudicada (MOTA, 2018).

No presente estudo observa-se uma mediana de 5 no nível da escala ASHA-NOMS de disfagia, um fluxo expiratório de 160,00 e um pico de fluxo de tosse de 155,00 (Tabela 3).

| Variável | Média | DP | Mínimo | Máximo | 1Q | Mediana | 3Q |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÍVEL DA ESCALA ASHA-NOMS | 3,63 | 1,92 | 1,00 | 5,00 | 1,25 | 5,00 | 5,00 |
| FLUXO EXPIRATÓRIO | 195,00 | 91,18 | 120,00 | 360,00 | 120,00 | 160,00 | 280,00 |
| PICO DO FLUXO DE TOSSE | 178,75 | 85,93 | 70,00 | 350,00 | 130,00 | 155,00 | 230,00 |

Análise descritiva

Legenda: DP=desvio-padrão; 1Q=primeiro quartil; 3Q=terceiro quartil.

**Tabela 3** – Caracterização dos graus de disfagia, fluxo expiratório e pico de fluxo de tosse em pacientes com disfagia.

Em relação à escala ASHA-NOMS com uma mediana do nível 5, nota-se que os pacientes apresentaram uma deglutição segura com restrições de dieta, ou pistas mínimas para uso de estratégias compensatórias, onde toda hidratação e nutrição são recebidas pela boca (INAOKA; ALBUQUERQUE, 2014).

O pico de fluxo expiratório (PFE) descreve o fluxo máximo produzido durante a expiração forçada, que é realizada em um curto espaço de tempo e de forma explosiva, resultante da insuflação pulmonar máxima, ou seja, o volume pulmonar total. É considerado um indicador indireto de obstrução das grandes vias aéreas e é afetado pelo grau de inchaço, pela força dos músculos respiratórios e pela elasticidade dos músculos abdominais e torácicos. (COSTA, 2021).

Os valores são referidos em litros por minuto (L/min). Possui escala mecânica, com faixas de valores situados entre 60-880L /min para os medidores de adultos, onde observa-se na presente pesquisa um valor 160L/min estando adequado nos pacientes avaliados (COSTA, 2021).

De acordo com Faria, 2009 o pico de fluxo da tosse é a medida mais reprodutível da intensidade da tosse. Está diretamente relacionado à capacidade de limpar as secreções respiratórias. Os valores de pico de fluxo da tosse abaixo de 160 lpm estão relacionados à ineficiência da tosse para limpar as secreções, porque o tecido muscular respiratório pode degenerar durante as infecções respiratórias. Portanto, um valor de 270 lpm é usado para identificar os pacientes que estão tossindo com eficácia.

Levando em conta os resultados da presente pesquisa, nota-se um resultado abaixo de 160lpm, correspondendo a uma média de 155lpm, constatando que a tosse dos sujeitos avaliados está ineficaz.

Mudanças em qualquer estágio da tosse reduzirão sua eficácia. Na disfunção bulbar, a incapacidade de fechar a glote e de abrir a glote rapidamente fará com que seu pico de fluxo diminua. A diminuição da intensidade da tosse também pode estar relacionada à fraqueza dos músculos inspiratórios e / ou expiratórios (FREITAS; PARREIRA; IBIAPINA, 2010).

Segundo Antunes, Bertolini e Nishida (2018) em sua pesquisa todos os sujeitos

avaliados conseguiram realizar as três medidas PFT solicitadas, dados esses que corroboram com a presente pesquisa.

Visualiza-se na Tabela 4 que não houve diferença nas variáveis graus de disfagia, fluxo expiratório e pico de fluxo de tosse em função do tipo de disfagia em pacientes com disfagia.

| Variável | TIPO DE DISFAGIA | Média | DP | Mínimo | Máximo | 1Q | Mediana | 3Q | p-valor |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| NÍVEL DA ESCALA ASHA-NOMS | MECÂNICA | 3,00 | 2,83 | 1,00 | 5,00 | 1,00 | 3,00 | 0,00 | 0,564 |
| | NEUROGÊNICA | 3,83 | 1,83 | 1,00 | 5,00 | 1,75 | 5,00 | 5,00 | |
| FLUXO EXPIRATÓRIO | MECÂNICA | 240,00 | 169,71 | 120,00 | 360,00 | 120,00 | 240,00 | 0,00 | 0,731 |
| | NEUROGÊNICA | 180,00 | 69,28 | 120,00 | 300,00 | 120,00 | 160,00 | 240,00 | |
| PICO DO FLUXO DE TOSSE | MECÂNICA | 275,00 | 106,07 | 200,00 | 350,00 | 200,00 | 275,00 | 0,00 | 0,094 |
| | NEUROGÊNICA | 146,67 | 56,10 | 70,00 | 240,00 | 115,00 | 135,00 | 187,50 | |

Teste de Mann-Whitney

Legenda: DP=desvio-padrão; 1Q=primeiro quartil; 3Q=terceiro quartil

**Tabela 4** – Análise dos graus de disfagia, fluxo expiratório e pico de fluxo de tosse em função do tipo de disfagia em pacientes com disfagia.

De acordo com a tabela 4 os sujeitos com disfagia neurogênica tiveram melhores resultados na escala ASHA-NOMS em relação aos com disfagia mecânica, pois no presente estudo os participantes com disfagia mecânica eram CA em cuidados paliativos, fato que justifica, pois o câncer e suas sequelas podem repercutir, devido a fraqueza generalizada, em dificuldades de deglutição, com alterações de controle oral do bolo alimentar, escape extraoral de alimentos sólidos e líquidos, maior tempo de trânsito oral, presença de tosse e/ou engasgos e regurgitação (LUCENA, 2020).

Nota-se também que os valores referentes ao FE e PFT na disfagia do tipo neurogênica foram menores que a mecânica, correspondendo à fraqueza da musculatura respiratória devido uma lesão neurológica, pois as doenças neurológicas afetam a deglutição, uma vez que causam interrupção ou distúrbio em um ou mais estágios da complexa cadeia neuromuscular responsável pela deglutição (ZAFARRI, 2003).

Kimura et al. 2013 avaliaram o PFT em pacientes com AVC e com disfagia, com AVC e sem disfagia e no grupo controle. Os autores descobriram em sua pesquisa que os

pacientes com AVC têm a tosse voluntária reduzida quando comparados ao grupo controle. O volume de reserva inspiratório diminuído se associa com PFT menor. Dados esses que não corroboram com a presente pesquisa.

Verifica-se na Tabela 5 que não foi encontrada correlação entre os graus de disfagia e o fluxo expiratório em pacientes com disfagia.

| | NÍVEL DA ESCALA ASHA-NOMS | |
|---|---|---|
| | r | p-valor |
| FLUXO EXPIRATÓRIO | -0,128 | 0,763 |

Teste de Correlação de Spearman

Legenda: r=coeficiente de correlação

**Tabela 5** – Correlação entre os graus de disfagia e o fluxo expiratório em pacientes com disfagia

A coleta de dados foi realizada durante a pandemia do Novo Corovirus-COVID-19, com isso a amostra foi reduzida, devido o tempo de coleta. Nos sujeitos avaliados no presente estudo não foram encontradas uma correlação do FE e PFT com os graus de disfagia, pois de acordo com o coeficiente de Spearman quanto mais próximo de 0, menos correlacionados são as variáveis, e quanto mais próximo de 1 ou -1 mais correlacionadas são as variáveis. Com isso, nota-se no presente estudo um valor referente ao FE e os graus de disfagia de r = -0,128 (tabela 5) e PFT r = -0,228 (tabela 6), comprovando que não houve correlação, pois estão mais próximos de 0.

A força da musculatura expiratória está relacionada com a compressão dinâmica da via aérea e, consequentemente, a fraqueza desta musculatura pode promover redução da velocidade linear do gás e diminuição da eficácia da tosse (FREITAS; PARREIRA; IBIAPINA, 2010). Chatwin et al. (2003) observaram uma correlação positiva entre PEmax e PFT nas doenças neuromusculares.

Já a Tabela 6 mostra que não houve correlação entre os graus de disfagia e o pico de fluxo de tosse em pacientes com disfagia.

| | NÍVEL DA ESCALA ASHA-NOMS | |
|---|---|---|
| | r | p-valor |
| PICO DO FLUXO DE TOSSE | -0,228 | 0,587 |

Teste de Correlação de Spearman

Legenda: r=coeficiente de correlação

**Tabela 6** – Correlação entre os graus de disfagia e o pico de fluxo de tosse em pacientes com disfagia

Tabor e seus colaboradores em 2019 realizou um estudo com indivíduos portadores de Esclerose Lateral Amiotrófica, que segundo estudos boa parte dos indivíduos portadores de ELA apresentam comprometimento na tosse, com isso a pesquisa teve como objetivo

comparar indivíduos com ELA e indivíduos saudáveis, onde os resultados demostraram que os indivíduos com ELA apresentaram uma redução na taxa dos fluxos inspiratórios e expiratórios e PFT. Tal estudo evidenciou a fisiologia prejudicada subjacente à desobstrução inadequada das vias aéreas e ao gerenciamento de secreção em indivíduos com ELA. Dados esses que não corroboram com a presente pesquisa.

## 4 I CONCLUSÃO

Na presente pesquisa os sujeitos disfágicos apresentaram valores de pico do fluxo de tosse abaixo do indicado, ou seja, apresentaram tosse ineficaz. Em contrapartida os valores de fluxo expiratório estavam de acordo com os valores padrões.

Os sujeitos com disfagia neurogênica tiveram resultados de PFT e FE inferiores em relação aos sujeitos com disfagia do tipo mecânica.

Conclui-se que não houve correlação estatisticamente significativa entre os diferentes graus de disfagia com FE e o PFT no presente estudo.

Com isso, sugere- se mais pesquisas com uma maior quantidade de sujeitos buscando essa relação.

## 5 I CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo foi satisfatório, pois expos aos demais a importância de um pico de fluxo de tosse e fluxo expiratório em sujeitos disfágicos, onde a tosse é essencial para proteger quanto a possíveis alterações na deglutição. Porem, devido amostra reduzida ocasionada pela pandemia do Novo Coronavírus (COVID-19) não foram encontradas correlação entre PFT, FE e os graus de disfagia, que era o objetivo proposto dessa pesquisa.

Com isso sugere-se mais pesquisas com uma maior quantidade de pessoas buscando essa relação.

## REFERÊNCIAS


ALVES, I. C. F.; ANDRADE, C. R. F. Mudança funcional no padrão de deglutição por meio da realização de exercícios orofaciais. **CoDAS**, São Paulo, v. 29, n. 3, 2017.

ANTUNES, M. D.; BERTOLINI, S. M. M. G.; NISHIDA, F. S. Avaliação do pico de fluxo expiratório em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Temas em Saúde**, João Pessoa, v. 18, n. 2, p. 186-203, 2018.

CHATWIN, M. et al. Cough augmentation with mechanical insufflation/exsufflation in patients with neuromuscular weakness. **Eur Respir J.** v. 21, n. 3, p. 502-8, 2003. .

COSTA, C. F. **Pico de fluxo expiratório de pacientes assistidos por espirometria de incentivo goiânia 2021**. 2021. 20 f. Monografia (Especialização) - Curso de Fisioterapia, Escola de Ciências Socias e da Saúde, Pontíficia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2021.

FARIA, I. C. B.; DALMONCH, R. M. Função respiratória e mecanismo da tosse na distrofia muscular de duchenne. **RBPS**, v. 22, n. 2, p. 113-9, 2009.

FREITAS, F. S; PARREIRA, V. F; IBIAPINA, C. C. Aplicação clínica do pico de fluxo da tosse: uma revisão de literatura. **Fisioterapia em Movimento**, [S.L.], v. 23, n. 3, p. 495-502, set. 2010.

INAOKA, C; ALBUQUERQUE, C. Efetividade da intervenção fonoaudiológica na progressão da alimentação via oral em pacientes com disfagia orofaríngea pós AVE. **Rev. CEFAC**, São Paulo , v. 16, n. 1, p. 187-196, Feb. 2014

KIMURA Y, et al. Differences in the peak cough flow among stroke patients with and without dysphagia. **J UOEH**. v.35, n.1, p.9-16. Mar.2013.

LOPES, A. S. G; SILVA, L. C. O; HARGER, M. R. H. C. Efeito de técnicas para obter tosse na disfagia orofaríngea: revisão de literatura. **Revista Eletrônica Saúde e Ciência**: RESC, Goiânia, v. 4, n. 2, p. 2238-4111, 2014.

LUCENA, V. L et al. Influência da disfagia na qualidade de vida de pacientes com câncer em cuidados paliativos / Influência da disfagia na qualidade de vida de pacientes com câncer em cuidados paliativos. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online** , v. 12, p. 1329-1333, 2020.

MACEDO, E. P; MENDES, I. M. G; FERREIRA, R. A. Perfil do paciente disfágico internado em um centro de reabilitação de Goiânia. **Rev Cien Escol Estad Saud Publ Cândido Santiago**: RESAP, [*s. l*], v. 3, n. 3, p. 137-148, 2017.

MORAES, A. M. S. et al. Incidência de disfagia em unidade de terapia intensiva de adultos. **Revista CEFAC**, v. 8, n. 2, p. 171-177, abril-junho, 2006.

MOTA, J. T. S. **Impacto do treino respiratório em pacientes com disfagia neurogênica: revisão da literatura**. 2018. 22 f. Monografia (Especialização) - Curso de Fonoaudiologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2018.

PADOVANI, A.R.; MORAES, D.P.; MANGILI, L.D.; ANDRADE, C.R.F. Protocolo Fonoaudiológico de Avaliação do Risco para Disfagia. **Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia**, v.12, n.3, p.199-205, 2007.

SANTORO, P. P. Disfagia orofaríngea: panorama atual, epidemiologia, opções terapêuticas e perspectivas futuras. **Rev. CEFAC**, São Paulo, v. 10, n. 2, 2008.

SOUZA, D. D. et al. Análise da força muscular respiratória pico de tosse reflexa e tempo de ventilação mecânica em pacientes com e sem disfagia. **Assobrafir Ciência**, S.L, v. 5, n. 2, p. 11-24, 2014.

Tabor-Gray L.C, Gallestagui A, Vasilopoulos T, Plowman E.K. Characteristics of impaired voluntary cough function in individuals with amyotrophic lateral sclerosis. **Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener**, v.20, n.2, p.37–42, 2019.

ZAFFARI, R.T. **Disfagia Orofaríngea Neurogênica:** Orientações aos cuidadores e familiares. IN: IN: JACOBI, J.S; LEVY, D.; SILVA, L.M.C. Disfagia: Avaliação e Tratamento. Ed. Revinter, RJ, 2003.

# CAPÍTULO 13

# GESTÃO PELA METODOLOGIA DE GERENCIAMENTO DE METAS PRIORITÁRIAS (GMP): IMPACTO POSITIVO DO SISTEMA NA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE EM SÃO LUÍS/MA

*Data de submissão: 07/07/2023* *Data de aceite: 01/09/2023*

**Eva Maria Reis Guimarães**
Secretaria Municipal de Saúde
São Luís/MA
http://lattes.cnpq.br/0092150591394833

**Luiz Carlos de Assunção Lula Filho**
Secretaria Municipal de Saúde
São Luís/MA
http://lattes.cnpq.br/5163601053037413

**Georde Henrique Lira da Fonseca**
Secretaria Municipal de Saúde
São Luís/MA

**Francisco Reis Duarte**
Secretaria Municipal de Saúde
São Luís/MA

**Marcos Castelo Branco Pantoja**
Secretaria Municipal de Saúde
São Luís/MA

**RESUMO:** A gestão da saúde municipal de São Luís vem por décadas passando por problemas de natureza organizacional, financeira e de cultura de fluxo interno. Mediante essa informação, surge a necessidade de elencar problemas, compreender e traçar plano de ação levando em consideração a inter-relação dos setores da secretaria envolvidos. Justifica-se a relevância da pesquisa como forma de relatar procedimentos assumidos para solucionar principais problemáticas que fazem parte da realidade da área da saúde. Dessa forma, foram realizadas reuniões com intuito de investigar, pontuar e diagnosticar essa realidade para interferir de forma proativa e resolutiva atuando diretamente na melhoria do funcionamento interno. Com uma estrutura funcional complexa surgiu a necessidade de sistematizar metas por meio de inovação tecnológica do gerenciamento de metas prioritárias de monitoramento utilizando uma plataforma digital que é administrada por monitores (pessoas que executam cobrança de tarefas por mensagens, e-mail e ligações) até que sejam cumpridas as tarefas. O monitoramento de tarefas envolveu de maneira dinâmica a secretaria municipal de saúde, os colaboradores da rede pública sentem-se valorizados após êxito de tarefas, sente-se envolvidos ao dividir metas e produzem mais ao sentir que são partes do legado para futuras gestões, isso reflete na imagem pessoal e profissional desde o gestor até os colaboradores por meio de motivação mútua, um *feedback* que fortalece a autonomia e tomada de decisões

dentro da esfera pública.
**PALAVRAS CHAVE:** Gestão. Saúde. Metodologia. Metas Prioritárias.

## MANAGEMENT THROUGH THE PRIORITY GOAL MANAGEMENT METHODOLOGY (PGM): POSITIVE IMPACT OF THE SYSTEM ON MUNICIPAL HEALTH DEPARTMENT IN SÃO LUÍS, MARANHÃO, BRAZIL

**ABSTRACT:** The management of municipal health in São Luís has been facing organizational, financial, and internal flow culture problems for decades. In light of this information, there is a need to identify problems, understand and develop an action plan considering the interrelation of the involved sectors within the department. The relevance of this research is justified as a mean to report procedures undertaken to address the main issues that are part of reality of the healthcare sector. Therefore, meetings were conducted with aim of investigating, identifying, and diagnosing this reality in order to proactively and effectively intervene in improving internal functioning. With a complex functional structure, there was a need to systematize goals through technological innovation in management of priority monitoring using a digital platform that is administered by monitors (individuals who carry out task tracking through messages, emails, and calls) until the activities are completed. The task monitoring dynamically involved the municipal health department, and public network employees feel valued after successful task completion. They feel involved in sharing goals and produce more when they feel like they are contributing to a legacy for future administrations. This reflects on personal and professional image of both the manager and the employees through mutual motivation, a feedback loop that strengthens autonomy and decision-making within public sphere.
**KEYWORDS:** Management. Health. Methodology. Priority Goals.

## 1 | INTRODUÇÃO

O sistema de monitoramento de metas, trouxe benefícios que trazem bons resultados, podendo ser aplicado em outros Estados. O objetivo geral do relato é alcançar resultados eficazes por meio de gerenciamento de metas prioritárias (GMP) na gestão da saúde municipal em São Luís/MA. Seguido dos objetivos específicos de Mensurar os impactos positivos das metas da gestão da saúde municipal; Apresentar indicativos que avancem em proporcionar melhoras na tomada de decisão por meio do planejamento; Reunir periodicamente os envolvidos no planejamento por meio de tarefas e metas; Registrar relatório das atividades realizadas; Aumentar produtividade dando resposta resolutiva às problemáticas elencadas; Gerar maior engajamento intersetorial da equipe; Desenvolver habilidades e competências nos colaboradores do serviço público municipal e Deixar um legado como referência de um planejamento macro em uma secretaria municipal de saúde.

A pesquisa foi realizada na Secretaria Municipal de Saúde em São Luís, tendo como amostra o gerenciamento de metas cadastradas no período de janeiro a março de 2019. O estudo desvela abordagem dos aspectos qualitativos e quantitativos com propósito exploratório (analisando a produtividade), descritivo (ao relatar processos e etapas) e

explicativo (ao significar procedimentos).

Por meio de reuniões de planejamento é viabilizado ações avaliativas das complexas pontuações dos problemas apontados pelos eixos estratégicos: eficiência operacional, eficiência de gestão, modernização/estruturação, humanização/desenvolvimento, assistência da saúde, atenção básica e vigilância, rede de urgência e eficiência logística. Assim, de forma complementar, marcadores quantitativos ligados a legislação, estrutura, prazo, equipe, parceiros, beneficiários, benchmarking, divulgação, orçamento e financeiro, foram utilizados como mensuração do aspecto de qualidade e eficiência do trabalho realizado visando índices de resultados melhores.

## 2 | FUNDAMENTAÇÃO

As experiências de atuação da gestão municipal de forma cooperada, realizadas através da execução conjunta de ações e serviços de saúde devem ser valorizadas em cumprimento da diretriz constitucional de regionalização e hierarquização da rede de serviços. Faz-se necessário estabelecer marcos relevantes sobre gestão que são diretamente ligados a processos e organização visando melhor funcionamento dos serviços da assistência à saúde, exercitando raciocínio crítico e reflexivo por meio de avaliação das situações-problema para solucioná-las (VECINA NETO, 2016).

A prospecção tecnológica trata a informação dentro da gestão por um prisma da Teoria Geral da Administração (CHIAVENATO, 2016; ABDALA et al, 2019) que considera o ambiente organizacional semelhante ao organismo humano, ou seja, com partes integrantes interligadas e interdependentes que para conseguir atingir os objetivos precisam mutuamente se ajudar, portanto, ao observar os colaboradores sob ponto de vista *behaviorista* (teoria comportamental da administração) assevera-se que o comportamento humano afeta e impacta nos resultados positivos dos indicativos de qualidade dentro da gestão pública, fomentando uma política SUS (Sistema Único de Saúde) que tem base no compromisso com a responsabilidade no cumprimento de metas (CHIAVENATO, 2015; LAGOAS, 2019).

## 3 | METODOLOGIA DA AÇÃO

Etapas do monitoramento: Fase 1 – Reunião de planejamento: elencar as problemáticas e distribuir tarefas; Fase 2 – Registro de memória eletrônica da reunião (ata), cadastramento de metas com prazos; Fase 3 – Monitoramento da assessoria de gabinete para cumprimento de tarefas, cobrança aos colaboradores para cumprirem prazos por meio de ligação, mensagem e e-mail e Fase 4 – Mensuração da produtividade, análise do que pode ser melhorado, fase de equilíbrio com novas alternativas caso haja dificuldades que surjam (inesperadas) em execução da tarefa.

## 4 I RESULTADOS

O sistema de monitoramento de metas mensura a produtividade intersetorial estabelecida em reuniões de definições de tarefas, através da utilização de inovação tecnológica a favor do corporativismo por meio de uma plataforma tornando o acompanhamento muito mais simples e eficaz onde o gestor tem acesso a evolução das tarefas, monitoramento com notificações via e-mail e mensagens, um painel gestor completo com gráficos e índices de desempenho de equipes e responsáveis.

Observa-se que no mês de janeiro foram registradas 03 metas contendo 08 (4%) tarefas, no mês de fevereiro foram registradas 20 metas contendo 123 (60%) tarefas e mês de março foram registradas 17 metas contendo 73 (36%) tarefas, perfazendo o total de 40metas e 204 (100%) tarefas. Do total de tarefas que são 204 (100%), em janeiro 7 (38%) tarefas foram prorrogadas, em fevereiro 6 (31%) tarefas e em março igualmente 6 (31%).

É observável que os prazos mais prorrogados são os que propõem metas e tarefas relacionadas a planejamento pela gestão estratégica de aquisição por compra, metas intersetoriais (envolvem tarefas que tem mútua dependência), resposta de processos judiciais e demandas de setores que tem funcionamento interno de atendimento intenso. Ressalta-se como aspectos positivos a interação dos colaboradores, maior sistematização de esfera pública, índices favoráveis, comportamento colaborador, otimização do serviço, que favorece a interação dos setores.

## 5 I CONCLUSÃO

O monitoramento através da ferramenta de gerenciamento de metas prioritárias obteve avanço ao alcançar resultados esperados dentro da gestão de saúde municipal em São Luís/MA. Percebe-se que através desse instrumento pôde ser mensurado os impactos positivos das metas da gestão.

É relevante a esfera pública apresentar indicativos que avancem em proporcionar melhoras na tomada de decisão por meio do plano operacional, reunindo-se periodicamente os gestores e colaboradores envolvidos no planejamento por meio de tarefas e metas.

Registrar relatório das atividades realizadas possibilita ver o avanço de como estava e quanto aumentar em produtividade dando resposta resolutiva às problemáticas elencadas. Outro grande benefício é gerar maior engajamento intersetorial da equipe, assim, colaboradores percebem a interdependência e a intersetoridade, pois as reuniões são ainda um modo de capacitação profissional.

Desenvolver habilidades e competências nos colaboradores do serviço público municipal é proporcionar crescimento pessoal e profissional, é deixar um legado como referência de um planejamento macro em uma secretaria municipal de saúde. Como o planejamento pelo monitoramento gerenciamento de metas prioritárias faz parte de um

processo que evolui de acordo com metas, recomenda-se um planejamento contínuo e uma avaliação constante focando na eficácia de uma gestão comprometida e que demonstra resultados exitosos.

## REFERÊNCIAS


ABDALA, Marcio Moutinho; CONEJERO, Marco Antônio; OLIVEIRA, Murilo Alvarenga. **Administração Estratégica: da Teoria à prática no Brasil.** 1ª Edição. São Paulo: Editora Atlas, 2019.

CHIAVENATO, Idalberto. **O capital humano das organizações**. 10ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2015.

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração Geral e Pública**. 4ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Manole, 2016.

LAGOAS, Cristiano. **Memórias de líderes da alta gestão**: um legado para a humanidade. 1ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Literare Books, 2019.

VECINA NETO, Gonzalo; MALIK, Ana Maria. **Gestão em Saúde.** 2ª Edição. São Paulo: Guanabara Koogan, 2016.

# CAPÍTULO 14

# MEDIADORES INFLAMATÓRIOS EM PACIENTES GESTANTES COM DOENÇA PERIODONTAL

*Data de aceite: 01/09/2023*

**Chen Pin**
Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS, Chapecó – Santa Catarina

**Débora Tavares de Resende e Silva**
Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS, Chapecó – Santa Catarina
http://lattes.cnpq.br/6093255618062496

**Sarah Franco Vieira de Oliveira Maciel**
Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS, Chapecó – Santa Catarina

**RESUMO**: A relação entre as doenças periodontais e o parto prematuro e/ou baixo peso ao nascer tem sido notada em vários estudos no mundo acadêmico. O fato é que o aumento dos casos clínicos tem grande importância para a saúde pública. Com efeito, o nascimento prematuro é uma das principais causas do nascimento abaixo do peso (<2500g), e estudos indicam que doenças periodontais estão intimamente relacionadas àquele fenômeno. Além disso, mesmo com a grande quantidade de estudos nesse enfoque, a falta de consenso nas literaturas atuais tem sido uma grande dificuldade para conclusões sólidas. No entanto, os estudos concordam que é indubitável que as doenças periodontais aumentam o risco de parto prematuro. Se esse for o caso, podemos concluir que a manutenção da saúde bucal nas gestantes é indispensável.
**PALAVRAS-CHAVE:** Doenças periodontais; Parto prematuro; Baixo peso ao nascer.

## INTRODUÇÃO

É primordial, antes e depois de uma gestação, ter uma boa anamnese sobre condição bucal das pacientes grávidas, já que há inúmeras pesquisas mostrando uma relação entre prematuridade e condições bucais inadequadas (LEADER, 2019). Concomitantemente a isso, há muitos tabus entre cirurgiões dentistas para atendimento de pacientes grávidas, e isso pode ser um agravante para o diagnóstico incorreto ou para a falta de atendimento para elas (LEADER, 2019). Outrossim, a doença bucal tem a maior prevalência e preventibilidade como condição de doença crônica no mundo. Sem controle e tratamento adequados, são grandes as chances da saúde das gestantes e de

seus bebês serem prejudicadas por tais doenças. Além disso, as doenças bucais estão aumentando nos países em desenvolvimento; algumas causas desse fenômeno são a dieta, a microflora bucal, a falta de orientação sobre a saúde bucal, além de certo grau de superstição (AZODO; OMUEMU, 2017).

Ademais, é indiscutível que a mulher grávida tem maior propensão à doenças bucais, já que os hormônios estrogênio e progesterona estão em níveis flutuantes, de modo que há uma certa diminuição da resposta imune; isso, por sua vez, afeta com a maior prevalência os tecidos bucais (AZODO; OMUEMU, 2017). Levantando-se em consideração esses aspectos, é indiscutível o aumento de suscetibilidade à cárie dentária e outras doenças periodontais na gravidez. Soubesse prisma, é necessário acompanhamento e prevenção da saúde bucal para reduzir tanto as chances de parto prematuro quanto a transmissão vertical de bactérias cariogênicas da mãe para o filho (AZODO; OMUEMU, 2017).

Segundo a revisão de literatura de Vieira (2015), 43%dos dentistas não sabem quais são os anestésicos adequados para a mulher grávida. Além disso, 71% não sabem qual é o momento correto para intervenção clínica. Por fim, 81% sem pre consulta os médicos ginecologista e obstetra da paciente antes de prescrever qualquer fármaco. Segundo uma pesquisa nacional de saúde bucal (2010), os dados demonstram que, entre os 9.564 pacientes que participaram da pesquisa, com idades entre 35 a 44 anos, 13,53% são totalmente hígido; 8,8% tem dentes cariados; 2,7% dentes obturados e/ou cariados; 43,8% tem um ou mais dentes foram obturados; 44,7% tem um ou mais dentes perdidos e, por fim, apenas 17,8% dos pacientes não tem nenhuma doença periodontal (nos demais foi observada a existência de bolsa periodontal ou sangramento gengival e cálculo dentário). Quando Offenbacher et al. (1996) publicou seu primeiro estudo que demonstrou relação entre doenças periodontais e prematuridade, inúmeros outros estudos surgiram e sugerem que as doenças periodontais maternas estão associadas ao risco de aumento de vários problemas adversos na gravidez, incluindo nascimento prematuro, restrição do crescimento fetal, baixo peso ao nascer e pré-eclâmpsia (KOMINE et al, 2018).

Na revisão de literatura de Lheozor-Ejiofor et al. (2018), afirmou-se que tratamentos periodontais durante gravidez não reduzem significativamente a taxa de prematuridade no nascimento (<37 semanas); porém, para nascimentos abaixo do peso ideal (<2500g) houve redução de 33%. Sendo assim, não está clara ainda a relação entre a mortalidade perinatal e o tratamento periodontal. No estudo de Liwei et al. (2017), a periodontite tem sintomatologia de perda de inserção do ligamento periodontal e destruição de suporte osso alveolar, devido ao biofilme dental acumulado; assim, produzem-se respostas inflamatórias que acometem mais de 30% das pacientes grávidas. Sendo assim, o acúmulo de biofilme também é um fator para desenvolvimento de granuloma piogênico (granuloma gravidarum).

Esta doença acomete mais de 5 %da população de mulheres grávidas, e os fatores que a causam se devem aos elevados níveis de progesterona durante a gravidez. Nessa perspectiva, é importante relacionar a gengivite ou a periodontite com nascimentos

prematuros de crianças com baixo peso; assim, quando relacionamos isso com doença periodontais, devemos considerar que alguns dos seus principais agentes etiológicos são o *Porphyromonas gingivalis* (P. *gingivalis*), o *Treponemadenticola* e a *Tannerella forsythia*, que são bactérias gram-negativas anaeróbicas (LIWEI et al., 2017). Pode-se afirmar que as doenças periodontais são causadas por agentes polimicrobianos em pacientes passíveis a ter sintomas, e que diferentes bactérias atuam de maneiras distintas; logo, quando ocorre um excesso colonização microbiótica em nosso corpo, ele em geral responde com um processo inflamatório. Dessa forma, ele influencia o tecido periodontal à destruição, incluindo a reabsorção óssea alveolar; assim, ao mesmo tempo em que isso acontece, a degradação dos tecidos inflamados será usada pela colonização microbiótica como nutriente (HAJISHENGALLIS, 2015).

É indiscutível que, uma vez instalada a doença periodontal como periodontite, as citocinas pró-inflamatórias formadas no local podem entrar no sistema circulatório e, consequentemente, provocar uma resposta imune na fase aguda do fígado, que terá como reação o aumento da proteína C reativa. Em consequência, as ulcerações gengivais nos periodontos permitem a propagação de bactérias dentro da circulação sanguínea. Desse modo, foram descobertas algumas bactérias dentro da placenta que causam efeitos adversos na gravidez (HAJISHENGALLIS, 2015)

Sob esse prisma, existem duas hipóteses quanto ao mecanismo biológico da periodontite que têm sido propostas. Em primeiro lugar, seriam patógenos periodontais que se disseminam pela circulação sanguínea, através da placenta, para a circulação do feto, em seguida contaminando o líquido amniótico; noutro caso, a sugestão é a de que os mediadores inflamatórios produzidos pelo periodonto entram no sistema circulatório e desencadeiam uma resposta inflamatória aguda que prejudica a placenta e o feto (HAJISHENGALLIS, 2015)

O fato é que, segundo o trabalho de Ebesole, Holt e Cappelli (2014), os níveis dos mediadores inflamatórios dos pacientes com parto prematuro têm resultados elevados de PGE2, IL-6, IL-2 e TNF. Dessa forma, as doenças periodontais estão relacionadas entre a disbiose e a sinergia polimicrobiana que desequilibra a hemostasia dos biofilmes e, portanto, podem causar doenças em tecidos orais ou extrabucais do indivíduo (HAJISHENGALLIS, 2015).

## REFERÊNCIAS

AZODO, Clementc; OMUEMU, Viviano. Oral health in pregnancy: Self-reportedimpact of exposure to oral health information. Journal Of Clinical Sciences, [s.l.], v.14, n. 3, p.119-125, 2017. Medknow. http://dx.doi.org/10.4103/jcls.jcls_63_16.

BOUTIGNY, H.; DE MOEGEN, M. L.; EGEA, L.; BADRAN, Z.; BOSCHIN, F.; DELCOURT-DEBRUYNE, E.; & SOUEIDAN, A. Oral infections and pregnancy: Knowledge of gynecologists/obstetricians, midwives and dentists. Oral health&preventive dentistry, v. 14, n. 1, 41-7, 2016. BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Projeto SB Brasil 2010: resultados principais. Brasília: MS, 2011.

EBERSOLE, J. L.; HOLT, S. C.; CAPPELLI, D. Periodontitis in pregnant baboons: systemic inflammation and adaptive immune responses and pregnancy outcomesina baboon model. J Periodontal Res., v. 49, n. 2, p. 226-36, apr., 2014. Doi: 10.1111/jre.12099. Epub 2013 May 28. PMID: 23710643; PMCID: PMC3969847.

HAJISHENGALLIS, G. Periodontitis: from microbial immune subversion tosystemicinflammation. Nature Reviews Immunology, v. 15, n. 1, p. 30–44, 2015. Doi:10.1038/nri3785.

IHEOZOR-EJIOFOR, Z.; MIDDLETON, P.; ESPOSITO, M.; & GLENNY, A.-M. Treating periodontal disease for preventing adverse birth outcomes in pregnant women. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017. doi:10.1002/14651858.cd005297.pub3.

KOMINE-AIZAWA, S.; AIZAWA, S.; & HAYAKAWA, S. Periodontal diseasesandadverse pregnancy outcomes. Journal of Obstetrics and GynaecologyResearch.2018. Doi:10.1111/jog.13782. LEADER, David. Oral Health During Pregnancy Are We Listening? AmericanJournal Of Biomedical Science & Research, [s.l.], v. 4, n. 6, p. 427-429, 26ago. 2019. BiomedGrid LLC. http://dx.doi.org/10.34297/ajbsr.2019.04.000847.

OFFENBACHER, S.; KATZ, V.; FERTIK, G.; COLLINS, J.; BOYD, D.; MAYNOR, G.;BECK, J. (1996). Periodontal Infection as a Possible Risk Factor for PretermLowBirth Weight. Journal of Periodontology, v. 67, n. 10s, p. 1103–1113. Doi:10.1902/jop.1996.67.10s.1103.

OTOMO-CORGEL, J.; PUCHER, J. J.; RETHMAN, M. P.; & REYNOLDS, M. A. Stateof the Science: Chronic Periodontitis and Systemic Health. Journal of EvidenceBased Dental Practice, v. 12, n. 3, p. 20–28, 2012. Doi:10.1016/s1532- 3382(12)70006-4.

VIEIRA, D. R. P. Dentists' knowledge of oral health during pregnancy: a reviewof thelast 10 years' publications. Community Dental Health, [s.l.], n. 2, p. 77-83, 1jun. 2015. Stephen Hancocks Ltd. http://dx.doi.org/10.1922/CDH_3404Vieira06.

# CAPÍTULO 15

# PROCESSO ADAPTATIVO DE FAMILIARES DE PACIENTES EM HEMODIÁLISE A LUZ DA TEORIA DA ADAPTAÇÃO

*Data de aceite: 01/09/2023*

**Filipe Bonfim Nunes**
Enfermeiro. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e Biológicas, Universidade do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil.
https://orcid.org/0000-0001-7900-8811

**Christielle Lidianne Alencar Marinho**
Enfermeira. Doutoranda em Ciências da Saúde (UPE). Professora auxiliar da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-3827-54943

**Ana Isabel Cezário de Carvalho Conceição**
Enfermeira. Prefeitura Municipal de Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil.
http://orcid.org/0000-0003-2575-1065

**Rudval Souza da Silva**
Enfermeiro. Doutor em Enfermagem. Professor Titular da Universidade do Estado da Bahia (UNEB/Campus VII), Senhor do Bonfim, Bahia, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-7991-8804

**Jairo Pessoa da Silva**
Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Baseada em Evidências (GEPESBE), Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil.
http://lattes.cnpq.br/0180942300381869

**Paula Eloíse de Sousa Campos**
Enfermeira. Prefeitura Municipal de Petrolina, Pernambuco, Brasil.
http://lattes.cnpq.br/4292265749145413

**Vanessa Pires Adorno**
Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Biosciências. Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Baseada em Evidências (GEPESBE); Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil.
http://lattes.cnpq.br/2440389269856121

**Temístocles Italo de Santana**
Professor do Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU/Petrolina). Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Baseada em Evidências (GEPESBE), Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil.
http://lattes.cnpq.br/2589950857580377

**Cynthia Layse Ferreira de Almeida**
Professora Adjunta do Colegiado de Enfermagem. Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Baseada em Evidências (GEPESBE), Universidade

Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-8854-0911

**Gyllyandeson de Araújo Delmondes**
Professor Adjunto do Colegiado de Enfermagem. Grupo de Ensino, Pesquisa e Extensão em Saúde Baseada em Evidências (GEPESBE), Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-9890-9196

**Marcelo Domingues de Faria**
Professor Dr. do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e Biológicas, Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Petrolina, Pernambuco, Brasil.
https://orcid.org/0000-0002-3558-9842

**RESUMO:** Esse trabalho objetivou compreender as mudanças e os processos de adaptações do familiar cuidador de um paciente com doença renal. Trata-se de uma pesquisa de métodos mistos, com estratégia de triangulação concomitante (QUAL → QUAN), envolvendo 18 familiares cuidadores de pacientes com doença renal crônica em uma clínica especializada em terapia renal substitutiva, entre setembro e novembro de 2019. Os resultados foram discutidos e ancorados na Teoria da Adaptação. Após análise das entrevistas emergiram três categorias temáticas, que foram: Sobreposição de cuidados e o descuidado de si; O cuidado paternalista; O cuidado como uma missão. O desenvolvimento possibilitou observar que frente a um diagnóstico de doença que exige diversos cuidados, o cuidador passa por uma mudança drástica de vida, pois necessita se adaptar ao novo cotidiano. Tal fato faz com que este indivíduo conviva diante de conflitos diários, expostos a altos níveis de estresse e sobrecarga decorrente da quantidade de tarefas exigidas.
**PALAVRAS-CHAVE:** Falência Renal Crônica. Diálise Renal. Insuficiência renal. Adaptação. Cuidadores.

## ADAPTIVE PROCESS OF FAMILY MEMBERS OF PATIENTS UNDER HEMODIALYSIS IN THE LIGHT OF THE ADAPTATION THEORY

**ABSTRACT:** This work aimed to understand the changes and adaptation processes of the family caregiver of a patient with kidney disease. This is a mixed methods research, with a concomitant triangulation strategy (QUAL → QUAN), involving 18 family caregivers of patients with chronic kidney disease in a clinic specialized in renal replacement therapy, between September and November 2019. The results were discussed and anchored in the Theory of Adaptation. After analyzing the interviews, three thematic categories emerged, which were: Overlapping care and self-carelessness; Paternalistic care; Care as a mission. The development made it possible to observe that, faced with a diagnosis of a disease that requires different types of care, the caregiver undergoes a drastic change in life, as he needs to adapt to the new routine. This fact causes this individual to live with daily conflicts, exposed to high levels of stress and overload due to the amount of tasks required.
**KEYWORDS:** Chronic Kidney Failure. Renal Dialysis. Renal insufficiency. Adaptation.

Caregivers.

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, no Brasil, ocorreu um aumento relacionado ao número de pessoas acometidas pela doença renal crônica e consequentemente aos elevados índices de indivíduos em tratamento dialítico. Dados do último censo de diálise, realizado em 2019, mostraram que, no Brasil, há um total estimado de 139.691 pacientes em terapia dialítica[1].

A doença renal crônica (DRC) tem sua etiologia multifatorial e não tem cura, requer um longo período de tratamento o que afeta a qualidade de vida, do paciente e família, gerando incapacidades residuais. Sua terapêutica é desenvolvida na maioria das vezes com sessões de hemodiálise de três a quatro vezes por semana, com duração média de três horas/sessão. Além do tratamento hemodialítico, o paciente deve seguir um tratamento diário medicamentoso e com dietas restritas, diante desse contexto seu estilo de vida é modificado implicando também na readaptação da família a esta nova rotina de cuidados [2-5].

O tratamento dialítico pode se configurar como uma experiência debilitante trazendo repercussões físicas, emocionais e sociais na vida dos pacientes, prejudicando o desenvolvimento de suas atividades de vida diária, autocuidado, independência e dessa forma, vir a necessitar de uma rede de apoio diante da mudança no estilo de vida em decorrência dos cuidados impostos pelo tratamento [6].

O suporte familiar no processo saúde/doença é significante para se obter bons resultados e promover a adaptação do doente ao tratamento, entretanto este envolvimento acaba gerando repercussões na vida do familiar cuidador (FC) uma vez que este, passa a ter em casa um ente querido que necessita de atenção contínua e cuidados específicos, sendo necessário compreender que, ao conviver com uma doença crônica, restrições e cobranças surgem em decorrência da nova rotina [7-8].

Nesse contexto, o FC é exposto a diversas situações que afetam seu cotidiano e seu comportamento, repercutindo de forma negativa na adaptação à nova rotina e seu estilo de vida. Pensando num aporte teórico que possa contribuir para o pensar sobre o cuidado ao paciente com DRC e sua família, entende-se que a Teoria da Adaptação desenvolvida pela Enfermeira Callista Roy pode subsidiar o planejamento dos cuidados de enfermagem a essa unidade de cuidados (paciente e família), visando uma adaptação às diversas condições de vida, buscando fornecer, de forma holística e singular, assistência de qualidade e promover a manutenção da saúde e das respostas adaptativas [9].

A Teoria da Adaptação, percebe o indivíduo como um ser biopsicossocial em contínua interação com o meio, implicando na necessidade de uma constante adaptação frente às mudanças que lhe ocorrem diante de um processo de adoecimento, por exemplo, tendo em vista a manutenção da integridade física e mental. Deste modo, a teorista Callista

Roy estabelece quatro modos adaptativos (Modo fisiológico; Modo autoconceito; Modo de função do papel; Modo de interdependência) que visam demonstrar as respostas do indivíduo em prol da promoção de melhores condições de vida [9-10].

Assim, tendo como objeto de estudo o familiar de um paciente com DRC, tem-se como questão de pesquisa: quais as necessidades de adaptações que o familiar necessita passar frente ao cuidado a seu ente com uma DRC? E, a partir do panorama apresentado, este estudo tem como objetivo compreender as mudanças e os processos de adaptações do familiar frente ao cuidado de um ente com DRC.

## MÉTODO

Trata-se de pesquisa de métodos mistos, com estratégia de triangulação concomitante (QUAL → QUAN), na qual os dados qualitativos e quantitativos foram coletados juntos com predomínio da abordagem qualitativa [11]. A pesquisa qualitativa teve caráter descritivo-exploratório e o estudo quantitativo foi de natureza transversal. Este estudo seguiu os Critérios Consolidados de Relatos de Pesquisa Qualitativa (COREQ). O período de desenvolvimento do estudo foi de setembro a novembro de 2019.

O local do estudo foi uma clínica especializada em terapia renal substitutiva, situada em uma cidade do interior da Bahia, de esfera administrativa privada, que fornece serviço ao SUS, atendendo um número de 203 pacientes em hemodiálise e 11 pacientes em diálise peritoneal conforme dados da instituição no período da coleta de dados.

A amostra foi composta por 18 familiares cuidadores de pacientes com doença renal crônica, esta foi determinada utilizando o critério de saturação das informações, a partir do momento que foi identificado similaridade ou repetições nas respostas.

Para coleta dos dados qualitativos, utilizou a entrevista semiestruturada contemplando a caracterização dos participantes e questões subjetivas que abordavam as vivências e dificuldades desses cuidadores, modificações que ocorreram após o diagnóstico da doença e os cuidados prestados aos pacientes renais. Para a coleta dos dados quantitativos foi aplicada a escala de sobrecarga de Zarit (*Zarit Burden Interview*) [12], a qual é uma das escalas mais utilizadas para avaliar a sobrecarga em cuidadores constituída de 22 variáveis que possibilitam avaliar a sobrecarga do cuidado associado à incapacidade funcional e comportamental do paciente e à situação em casa [12]. Com os resultados da escala é possível obter um score global variando entre 0 e 88, em que um maior escore corresponde a uma maior percepção de sobrecarga, de acordo com os seguintes pontos de corte: 0 a 20 sobrecarga pequena; 21 a 40 sobrecarga moderada; 41 a 60 sobrecarga moderada a grave e acima de 61 pontos até o limite de 88 do questionário representam uma sobrecarga grave [12].

Os critérios de inclusão dos pacientes foram: ser o principal cuidador familiar em acompanhamento do paciente por um período superior a três meses; boa capacidade

cognitiva para responder aos instrumentos da pesquisa. E como critério de exclusão, os cuidadores formais que recebiam alguma remuneração para desenvolver o cuidado.

Para a análise dos dados, utilizou-se da Técnica de Análise de Conteúdo de Bardin e a estatística descritiva por meio da pontuação resultante da escala preenchida por cada família. A análise de conteúdo teve início com a transcrição das entrevistas e a apreensão de um sentido com base em exaustivas leituras, possibilitando a codificação das unidades de registros, de modo a conduzir para as unidades de significado, quando foi possível levantar inferências e construção das categorias temáticas.

Os resultados foram discutidos e ancorados na Teoria da Adaptação e na comparação entre os resultados qualitativos oriundas da Análise de Conteúdo e os dados quantitativos fruto da aplicação escala de sobrecarga de Zarit.

Todos os preceitos éticos foram contemplados. Foi respeitada a Resolução 466/12, sendo o estudo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos, da Universidade do Estado da Bahia (UNEB), sob o número do CAAE 16741219.6.0000.0057 e parecer número 3.454.120.

## RESULTADOS

Predominantemente, os participantes do estudo foram mulheres (77,7%), com faixa etária entre 40 e 50 anos (38,8%), estado civil, em sua maioria, casadas (55,5%), com renda mensal de até um salário mínimo (61,1%), onde maior parte das cuidadoras não possuía vínculo trabalhista (77,7%). Em relação ao grau de parentesco, nove eram mães (50%); cinco eram cônjuges (27,7%), três eram pais (16,6%) e outros tipos (11,1%). Em sua maioria, os cuidadores relataram um tempo de cuidado menor que 05 anos (66,66%).

Em relação à escala Zarit, encontramos os seguintes resultados quando avaliamos a percepção de sobrecarga desses cuidadores: sobrecarga pequena foi relatada por 22,2% dos participantes, sobrecarga moderada em 55,5%, sobrecarga moderada a grave em 16,6% e sobrecarga grave em 5,5%.

Quando comparamos os dados da escala, dos participantes que tiveram os maiores níveis de sobrecarga (sobrecarga moderada a grave e sobrecarga grave), com as falas dos mesmos participantes, percebemos a presença do sentimento de sobrecarga em 75% desses. Esse achado reafirma que existe um grau significante de esforço exigido dos familiares cuidadores, os quais se disponibilizam de forma integral para prestar os cuidados e realizar as atividades domésticas rotineiras.

Da análise das entrevistas emergiram três categorias temáticas, a partir do referencial metodológico, que foram: Sobreposição de cuidados e o descuidado de si; O cuidado paternalista; O cuidado como uma missão.

- Sobreposição de cuidados e o descuidado de si

Diante de um novo papel assumido pelo familiar, o de cuidador, modificações

ocorrem no seu cotidiano, nos hábitos familiares, trazendo repercussões na vida social, financeira, saúde física e psicológica, onde podemos observar, que para assumir essa nova rotina, o cuidador caminha para o descuidado de si. Nesse contexto, o familiar cuidador precisa se adaptar ao novo estilo de vida imposto pela doença, o que muitas vezes gera sobrecarga e limitações, como ressaltado nas alocuções abaixo:

> *Minha qualidade mudou, porque eu fiquei sem trabalhar, né? Pra mim ficou mais ruim. [...]E muitas vezes em casa o tempo todo, você fica estressado por não tá trabalhando. Não trabalho por conta dela.* (P9).
>
> *Eu fazia unha fora e agora eu não posso mais. Tudo mudou, entendeu? Tudo pra cuidar dela [...] se eu tiver com vontade de viajar uns dois ou três dias, não pode. Isso implica no lazer, mas tá bom.* (P8).
>
> *Ela é uma pessoa dependente pra tudo. Depende de mim pro banho, pra levar no banheiro, pra dormir junto com ela, a medicação tem que dá na mão. [...] Não posso fazer nada pra mim, antes que... de incluir ela. [...] Hoje mesmo eu não trabalho mais fora como eu trabalhava. Acaba afetando a vida financeira também.* (P10).
>
> *[...] eu trabalho por contra própria, ai tem vez que eu deixo de fazer algo, pra ir lá ver ele ou cuidar dele. [...] Aí, se eu não trabalhar, eu não tenho dinheiro, entendeu? [...]Não posso viajar. Ele não pode sair por conta do tratamento e por isso eu não posso sair, né?* (P13).

Frente às dificuldades do cuidar, atreladas às responsabilidades já existentes do dia a dia, o familiar cuidador sente o peso da responsabilidade e da sobrecarga, repercutindo em sua saúde física e emocional:

> *Abalou um pouco, porque essa doença sempre abala a gente. Assim, eu fiquei mais nervosa.* (P1).
>
> *A dificuldade um pouco também é das crianças, porque além de cuidar dela, eu cuido dos meus dois filhos.* (P4).
>
> *Sinto dor no corpo e às vezes quando tá muito atacada, eu paro [...] Não dormia direito mode o estresse.* (P8).
>
> *Me sinto cansada demais. Me atrapalha emocionalmente. A pessoa fica estressada e, o mais estressante é a mente.* (P13).
>
> *Às vezes eu sinto irritação, mas é tudo passageiro, depois tudo volta ao normal (risos). Quando me vejo com muita coisa pra fazer e sozinha, aí às vezes eu me estresso, sei lá. Digo: Meu Deus do céu! Só eu sozinha pra fazer tudo.* (P15).
>
> *[...] eu vivo só pra ele. Eu não tenho tempo de cuidar de mim, entendeu?[...] Tem dias que dou pra chorar. Eu tenho irmã, tem irmão e ninguém é capaz de dizer: Você tá precisando de alguma coisa? Quer ajuda de alguma maneira? É eu só.* (P17).

Diante das falas, podemos identificar, segundo a teoria de Roy[10], alterações nos componentes relacionados ao Modo Autoconceito. Tais componentes são: sensação e imagem corporal, identificados pela perda de prazer, abandono do autocuidado, baixa

autoestima, cansaço ou fadiga, estresse ou irritabilidade. Diante dessas alterações, são evidenciadas as duas subáreas pertencentes a este modo, o eu pessoal e o eu físico.

- O cuidado paternalista

As falas seguintes refletem um papel de superproteção que os familiares cuidadores assumem com o seu ente querido diante do diagnóstico da DRC, os mesmos afirmam que, fazem tudo pelo outro, porém, acabam aniquilando, muitas vezes inconscientemente, todo potencial da pessoa que passa a ser considerada sem autonomia e sem condições de assumir suas atividades da vida diária e tomada de decisão, o que acaba gerando um maior grau de sobrecarga:

> *Cuidados com a alimentação certa. Não deixar ela fazer certas coisas que não pode, como pegar peso ou fazer alguma coisa pesado. Tem sempre o cuidado de tá olhando ela, o que ela faz, porque ela tá com esse aparelho no braço, aí eu tenho medo de alguma coisa ou dela cair. [...] Toda hora eu tô no pé dela. Eu faço tudo por ela.* (P3).
>
> *Eu cuido da alimentação dela, porque além dela tá fazendo esse tratamento da hemodiálise, ela ainda tem o problema da diabete. Aí, tem que ter o cuidado da alimentação dela, o controle da diabete, da pressão.* (P4).
>
> *Porque ela é uma pessoa dependente pra tudo, né?! Depende de mim pro banho, pra levar no banheiro, pra dormir junto com ela, a medicação tem que dá na mão. Ela é totalmente dependente.* (P10).
>
> *Oh, fio, os cuidados que eu tenho com ele é como falei, fico 24 hrs pra ele não beber água, não comer o que não deve, entendeu? [...] porque eu vivo só pra ele.* (P17).

Nesta categoria, identificamos traços adaptativos do Modo função de papel[10]. Esse modo está relacionado como a pessoa compreende-se na sociedade e em suas relações sociais. Podemos identificar nas falas, que o cuidador assume um novo papel para sí através de uma atitude superprotetora com seu ente, suprimindo as vontades e autonomia do ser cuidado.

- O cuidado como uma missão

Ao se deparar com uma doença crônica, incurável, o familiar se coloca na obrigação de ajudar aquele ente querido, assumindo tal compromisso por amor, como uma missão altruísta, por tempo indeterminado. Nas falas, observamos um dever moral e auto responsabilização social/familiar por esse parente doente:

> *Não [não se sente sobrecarregada], porque ela sempre vem em primeiro lugar.* (P4).
>
> *Um processo um pouco complicado e rígido [cuidar do familiar], e a gente tem que ter... É a vida, né?[...] Graças à Deus eu nunca coloquei ele como barreira, como dificuldade, não, sabe? Inclusive eu mesmo, pessoalmente, deixo muitos compromissos pra lá.* (P5).
>
> *Não. Jamais![não se sente sobrecarregada] É o meu prazer tomar de conta de meu pai.[...] Tem minha mãe, tem minha irmã e acaba dividindo as atividades e*

*não sobrecarrega ninguém. Até porque é um prazer enorme cuidar dele.* (P6).

*Quando eu casei com ele, a gente casou por amor. Não é agora que ele tá doente que vou abandonar ele. Então, eu ou ele vai até o final.* (P11).

*Eu me sinto muito feliz, né? Ter saúde pra cuidar dela [...] Não tenho má vontade, não. Jurei por ela duas vez e graças a Deus, enquanto for viva, eu e ela, estamos junto.* (P14).

*Eu peço a Deus pra me dar força e coragem pra labutar até o final, né?! [Emocionada]. Já tem 26 anos que eu estou junto com ele, quando eu peguei ele, ele era mais novo, né?! [Risos] É aquele ditado: quem roeu a carne tem que roer o osso. Então tem que aguentar até quando Deus der.* (P16).

No que tange a categoria em questão, podemos relacionar com o modo adaptativo Interdependência[10], da teoria de enfermagem supracitada. Observamos nas falas, alguns componentes desse modo como, a relação de interdependência entre os sujeitos (o ser cuidado/cuidador), mais especificamente em relação ao cuidador, onde este expressa um comportamento responsivo e contribuidor em relação às demandas do seu ente enfermo.

## DISCUSSÃO

Ao analisar a escala de sobrecarga Zarit, pode-se observar que os participantes relataram sentir algum tipo de sobrecarga, manifestando predominantemente sobrecarga moderada seguida de sobrecarga leve, corroborando em partes com um estudo realizado na Colômbia, onde os cuidadores, em sua maioria, relataram leve e intensa sobrecarga [14]. Outros estudos realizados na Espanha e México mostraram predominância da sobrecarga leve em cuidadores familiares [15-16]. Os dados encontrados na escala de Zarit, que indicam sobrecarga moderada, relacionam-se com os achados qualitativos deste estudo, os quais expressam as percepções dos familiares sobre o cuidar.

Realizando uma análise comparativa entre os dados, podemos perceber através dos relatos que, a sobrecarga é uma realidade presente na vida desses participantes, uma vez que sobrepõem o cuidado ao próximo esquecendo e/ou descuidando de sí. Ser cuidador de uma pessoa portadora de doenças crônicas é uma tarefa que exige responsabilidade e dedicação. É uma experiência marcada por dualidade, onde esse cuidador passa a viver em função do ser cuidado e consequentemente essa nova rotina lhe impõe uma vida de restrições e sobrecargas, por outro lado, às ações de cuidado são atribuídos significados, pois essa função faz com que os cuidadores se sintam úteis, pertencentes a um propósito de vida, isto influencia na percepção de sobrecarga, negando assim a existência da mesma ou minimizando o peso que ela traz [17].

Devido à mudança brusca de rotina em decorrência da DRC, os FC necessitam adaptar-se às alterações físicas, sociais e psicológicas, onde acabam assumindo toda responsabilidade do cuidado ao ente portador da doença. Essa mudança abrupta no estilo de vida se configura como um fator gerador de estresse. O FC tem sua rotina de vida

estabelecida, porém, ao se deparar com um ente querido enfermo, assume uma nova rotina de atividades muitas vezes esquecendo de si para cuidar do outro. A estes são atribuídas uma gama de responsabilidades como cuidados na administração de medicamentos, apoio dietético, assistência na diálise (acompanhamento à clínica de diálise e pós diálise), auxílio nas atividades de vida diária, apoio afetivo e psicológico [18].

Devido à complexidade do tratamento, o papel do FC tem se tornado cada vez mais importante, porém, ao assumir funções para as quais não está preparado, o familiar tem sua saúde física e psicológica prejudicada, pois se trata de uma rotina complexa que requer um maior preparo físico e emocional [19].

Corroborando com alguns autores [6, 18, 20], a experiência de cuidar de um familiar com DRC requer um esforço contínuo em níveis cognitivo, físico e emocional, onde muitas vezes não é recompensado ou reconhecido, tais fatores geram uma sobrecarga significativa e pode impactar na dinâmica familiar, em aspectos financeiros, uma vez que este indivíduo precisa abandonar suas atividades laborais, de lazer e autocuidado levando a um esgotamento diário.

Diante desse contexto, os familiares acabam adquirindo maus hábitos de saúde e adoecendo a longo prazo, estes negligenciam suas próprias necessidades de vida e saúde, não se alimentam bem, não praticam atividades físicas, se privam do lazer prejudicando assim sua interação social. O cuidado e atenção às necessidades do ente enfermo acabam sendo mais importantes em detrimento de suas próprias necessidades [20].

A rotina de cuidado a esses pacientes pode trazer desgastes expressivos à saúde levando esse cuidador ao adoecimento, a uma condição de cronicidade, transformando-o em um indivíduo que também necessita de cuidados. Alguns estudos mostraram que o cuidado prestado a pacientes portadores de doenças crônicas gera sofrimento em relação à doença, enfrentando sentimentos como medo, tristeza, dor e estresse. Altos níveis de ansiedade e depressão são os problemas mais comuns relatados nos estudos [6, 19].

Callista Roy em sua teoria descreve aspectos dos dois componentes no Modo Autoconceito, o EU físico, que abrange sensação e imagem corporal, e o EU pessoal, que é caracterizado pelos valores ou expectativas, constância, moral e espiritualidade do ser[9-10]. Os aspectos citados por essa teorista são encontrados nas falas dos participantes, quando os mesmos relatam a sobrecarga que enfrentam ao cuidar do ente querido, sendo evidenciados pela perda de prazer, abandono do autocuidado, baixa autoestima, cansaço ou fadiga, estresse ou irritabilidade. Este modo relaciona-se aos aspectos espirituais e psicológicos do sistema humano, envolvendo a autoconsciência, autoideal e imagem corporal, além das experiências e relações com o meio [9-10].

Dentre as causas que geram sobrecarga, se encontra o cuidado paternalista, neste ocorre a sobreposição de cuidado, interferindo na tomada de decisão e impedindo que o paciente tenha autonomia para realizar suas atividades de vida diária, trata-se de um cuidado superprotetor [21, 22]. Nesse cenário, há possibilidade de prejudicar, em certos momentos,

tanto o ser cuidado, quanto o cuidador, aumentando a sobrecarga e prejudicando seu bem-estar psicossocial [19, 22-24].

Muitos afirmam cuidar de tudo para que o paciente não precise realizar nenhuma atividade, desenvolvendo grande parte das tarefas junto ao familiar ou no lugar deste. Isso geralmente acontece pelo medo e desconhecimento inicial da doença, gerando uma tendenciosidade a realizar o cuidado paternalista para que não haja agravamento da patologia ou perda do seu ente querido, e este possa receber um cuidado de excelência [21]. Essa circunstância faz com que o paciente fique impossibilitado de expressar sua autonomia e sinta-se futuramente incapaz, podendo intensificar os sintomas referentes à DRC que o mesmo está constantemente sujeito a passar [8, 22]. O zelo excessivo pode resultar em desgastes emocionais e físicos, diante disso, é necessário que este cuidador tenha uma rede de apoio que envolva outros familiares e/ou amigos no cuidado, além disso, é imprescindível que este receba um suporte profissional visando alinhar sua rotina de vida para que volte a realizar suas atividades sociais, de lazer e autocuidado [19,24].

O cuidado paternalista expressa traços do modo Função de Papel, da teoria da adaptação[10], o qual se refere ao papel social do indivíduo, compreendendo seu papel em relação aos outros para saber agir. Nesse contexto, o cuidador assume um novo papel para com seu ente, através da superproteção, entretanto, essa atitude pode prejudicar o papel de mãe/pai, filho(a) e conjugue uma vez que seus antigos hábitos e funções perante à família são esquecidos por conta da sobrecarga imposta pelo cuidado.

Diante de uma doença incurável o FC torna o cuidar como uma missão, um compromisso que ele cria com aquele ente, sem requerer algo em troca. Segundo Boff [25], o ser humano tem como essência o compromisso de cuidar do outro, enfatizando que o amor é a maior expressão do cuidado. Os cuidadores entendem que aceitar essa missão, sem reclamar, é um ato de carinho e amor ao próximo, eles se sentem realizados em ajudar, em dar carinho, dar amor.

O FC entende que cuidar da família se configura como um dever moral e social, além disso, este acredita que, o familiar é sua responsabilidade e o sentimento de responsabilização alterna-se com a culpabilidade, tal fato pode ocorrer, pois, o ato de cuidar percorre um viés de amenizar ou reparar culpas já existentes, antes do adoecimento, entre o ser cuidado e o cuidador [7].

Nesse contexto, em que o cuidador compreende o cuidado como uma missão, se doando de forma altruísta, podemos identificar características do modo Interdependência[10], uma vez que esse é definido por relacionamentos íntimos entre pessoas, pela finalidade e estrutura desses relacionamentos. Nesse modo são identificados tipos de comportamento, o responsivo e o contribuidor, tais tipos demonstram a ideia de oferecer e receber amor, valores e respeito durante a relação de interdependência[10]. Nota-se que, nas relações de cuidado, entre o familiar e o ente querido, as demonstrações de carinho, afeto e compaixão estão presentes, resultando no estreitamento das relações interpessoais, o que pode ter

sido desencadeado pela fragilidade do quadro clínico.

O suporte familiar é decisivo na percepção do processo saúde-doença e para a produção de respostas adaptativas, este ocupa um papel importante de contribuição para que o paciente se sinta seguro, protegido, amado e tenha uma melhor qualidade de vida diante de uma rotina com restrições impostas pela DRC, esse suporte atua como estímulo positivo no enfrentamento da doença. É necessário que o cuidador esteja capacitado para desempenhar essa função e seja acompanhado junto ao paciente evitando a sobrecarga e o adoecimento, uma vez que mudanças diárias são impostas, também, a quem presta cuidados [23]. Assim, os profissionais enfermeiros, devem fornecer um plano de cuidado voltado para essa população, com vistas ao incentivo do autocuidado e melhor qualidade de vida.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, entende-se que, a função do cuidar vai além de um ato de amor, bondade e dedicação, é uma árdua tarefa, onde sentimentos nobres são incapazes de representar a realidade vivenciada por cuidadores de pacientes com uma doença crônica. Experienciar diariamente problemas sociais, físicos e emocionais de um ente querido doente, transforma a vida de um indivíduo trazendo repercussões positivas e negativas. Frente a um diagnóstico de doença incurável e que exige diversos cuidados, o cuidador passa por uma mudança drástica de vida, pois necessita se adaptar ao novo cotidiano, limitador, de seu parente. Tal fato faz com que este indivíduo conviva diante de conflitos diários, expostos a altos níveis de estresse e sobrecarga decorrente da quantidade de tarefas exigidas. Desenvolver em casa cuidados informais causa um impacto negativo para quem cuida, esse impacto repercute nos relacionamentos interpessoais, no lazer e autocuidado, além de criar um ônus econômico em virtude do abandono das atividades laborais.

Foi possível observar, através da Escala de Zarit e dos depoimentos dos participantes, que existe um grau de sobrecarga diante da rotina de cuidados, seja ele leve ou moderado. Além disso, pode-se notar que, houve um desequilíbrio adaptativo, segundo a teoria de enfermagem de Callista Roy, nos modos fisiológico, autoconceito e de função do papel, nesse sentido, a atuação da enfermagem é fundamental na compreensão das especificidades de cada familiar cuidador, tencionando auxiliar na superação das dificuldades, incentivar a criação de uma rede de apoio na prestação das tarefas e estabelecer um plano de cuidados para este familiar, tendo em vista um melhor desempenho das atividades para preservar e promover a saúde e amenizar a sobrecarga, tudo isso implicará na melhoria do cuidado prestado, beneficiando o ser cuidado e o seu cuidador.

## REFERÊNCIAS


**1.** Lopes MB. Censo Brasileiro de Nefrologia 2019: um guia para avaliar a qualidade e a abrangência da terapia renal substitutiva no Brasil. Como estamos e como podemos melhorar?. Braz.J.Nephrol.2021[cited 2021 Nov 30];43(2):154-155.Available from: *https://www.scielo.brhttps://www.scielo.br/j/jbn/a/ZDfkbr6CpBhvj7gxJHwYCKJ/?lang=pt&format=pdf.*

**2.** Bonassi S, Navarro RS. Doença renal crônica: fronteiras e desafios familiares. Rev. do NESME. 2018 [cited 2021 Set 20]; 15(1): 48-60. Available from: *https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=139456047006.*

**3.** Gesualdo GD, Duarte JG, Zazzetta MS, Kusumota L, Orlandi FS. Fragilidade e fatores de risco associados em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. Ciênc. Saúde Coletiva. 2020 [cited 2021 Set 20]; 25(11): 4631-37. Available from: *https://www.scielo.br/j/csc/a/gr5LXVn3M7vCMZsfggqv4fP/?format=pdf&lang=pt.*

**4.** Daba A. Purposeful Review to Identify Risk Factors, Epidemiology, Clinical Features, Treatment and Prevention of Chronic Kidney Disease of Unknown Etiology. Int J Nephrol Renovasc Dis. 2020 [cited 2021 Set 20]; 13: 367-377. Available from: *https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7754091/pdf/ijnrd-13-367.pdf.*

**5.** Barnett LMA, Cummings BS. Nephrotoxicity and renal pathophysiology: A contemporary perspective. Toxicological Sciences. 2018 [cited 2021 Set 23]; 164(2): 379–390. Available from: *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29939355/*

**6.** Cruz TH, Perlini NMOG, Beuter M, Coppetti LC, Dalmolin A, Catiéle P. Social support of family caregivers of chronic renal patients on hemodialysis. Rev Min Enferm. 2018 [cited 2021 Set 23]; 22: e-1119. Available from: *https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1119.pdf.*

**7.** Albiero CE, Correa FOR. Um estudo sobre as relações do cuidado ao doente renal crônico: o papel da família. Revista Humanidades em Perspectivas. 2020 [cited 2021 Set 23]; 2(5): 83-95. Available from: *https://www.revistasuninter.com/revista-humanidades/index.php/revista-humanidades/article/view/95.*

**8.** Schulman-Green D, Feder SL, Dionne-Odom JN, Batten J, Long VJE, Harris Y, et al. Family Caregiver Support of Patient Self-Management During Chronic, Life-Limiting Illness: A Qualitative Metasynthesis. J Fam Nurs. 2021 [cited 2021 Set 25]; 27(1): 55-72. Available from: *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33334232/.*

**9.** Filha FSSC, Castro RP, Vilanova JM, Silva MVRS, Filho IMM, Sousa TVS. Aplicação da teoria de Callista Roy a pais/cuidadores de crianças autistas: uma proposta intervencionista. Revista Enfermagem Atual In Derme. 2020 [cited 2021 Set 25]; 94(32): 1-12. Available from: *https://revistaenfermagematual.com.br/index.php/revista/article/view/728/806.*

**10.** Roy C. El modelo de adaptación de Roy en el contexto de los modelos de enfermería, com ejemplos de aplicación y dificultades. Cultura de loscuidados. 2000 [cited 2021 Set 25]; 4 (7-8): 139-159. Available from: *https://culturacuidados.ua.es/article/view/2000-n7-8-el-modelo-de-adaptacion-de-roy-en-el-contexto-de-los-modelos-de-enfermeria-con-ejemplos-de-aplicacion-y-dificultades*

**11.** Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Artmed; 2010.

**12.** Zarit SH, Zarit JM. The memory and behaviour problems checklist and the burden interview. Technical report. Pennsylvania State University. 1983 [cited 2021 Set 26]. Available from: *https://www.worldcat.org/title/memory-and-behavior-problems-checklist-and-the-burden-interview/oclc/313153663*

**13.** Scazufca M. Versão brasileira da escala Burden Interview para avaliação de sobrecarga em cuidadores de indivíduos com doenças mentais. Rev Bras Psiquiatr. 2002[cited 2021 Set 25]; 24(1): 12-17. Available from: *https://www.scielo.br/j/rbp/a/W8TVd9skgdCrM7vCJDjJrRh/?format=pdf&lang=en.*

**14.** Massa ER, Moreno CB, Muñoz KC. Calidad de vida y sobrecarga percibida por cuidadores familiares de pacientes con enfermedad renal crónica, Cartagena (Colombia). Archivos de Medicina. 2018 [cited 2021 Set 26]; 18(1): 105-113. Available from: *https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/11/963630/10-calidad-de-vida-y-sobre-carga-percibida-por-cuidadores.pdf.*

**15.** Monárrez-Espino J, Delgado-Valles JA, Ramírez-García G. Quality of life in primary caregivers of patients in peritoneal dialysis and hemodialysis. Braz. J. Nephrol. 2021[cited 2021 Dez 02]. Available from: *https://www.scielo.br/j/jbn/a/CydkJKjB7tXZbGt9CYr4RBm/?format=pdf&lang=en.*

**16.** Flórez AIA, Cineira EMC, Fano BL, García RMC, Rojo ACA, Robles PL, et al. Análisis del perfil y la sobrecarga del cuidador de pacientes en Diálisis Peritoneal y Hemodiálisis. Enferm Nefrol. 2016 [cited 2021 Dez 02]; 19(4): 359-365. Available from: *https://scielo.isciii.es/pdf/enefro/v19n4/07_original4.pdf.*

**17.** Vieira IFO, Garcia ACM, Brito TRP, Lima RS, Nogueira DA, Rezende EG, et al. Sobrecarga e apoio social entre cuidadores informais de pessoas em diálise renal: estudo misto. Rev Bras Enferm. 2021 [cited 2021 Dez 02]; 74(3): 1-8. Available from: *https://www.scielo.br/j/reben/a/TLYqGkVK8jvGdBwsXp8zFZp/?lang=pt&format=pdf.*

**18.** Kalantar-Zadeh K, Li PK, Tantisattamo E, Kumaraswami L, Liakopoulos V, Lui S, et al. Living well with kidney disease by patient and care-partner empowerment: kidney health for everyone everywhere. Braz. J. Nephrol. 2021[cited 2021 Dez 05]; 43(2): 142-149. Available from: *https://www.scielo.br/j/jbn/a/MkPrWT4Mk7tqfQ4JKt9n9Pm/?format=pdf&lang=en.*

**19.** Lima LR, Cosentino SF, Santos AM, Strapazzon M, Lorenzoni AMC. Percepções dos familiares frente ao cuidado com paciente em diálise renal. Rev enferm UFPE on line. 2017 [cited 2021 Dez 04]; 11(7): 2704-2710. Available from: *https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23443/19145.*

**20.** Lima AGT, Sales CCS, Serafim WFL. Sobrecarga, sintomas depressivos e ansiosos em cuidadores principais de crianças e adolescentes em terapia renal substitutiva. J. Bras. Nefrol. 2019 [cited 2021 Dez 04]; 41(3): 356-363. Available from: *https://www.scielo.br/j/jbn/a/gwpYpJSwPSJBGWsNHkQ34Gz/?format=pdf&lang=pt.*

**21.** Little JD. On being paternalistic. Australas Psychiatry. 2020[cited 2021 Dez 04]; 28(2): 164-166. Available from: *https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1039856219878641*

**22.** Brewer CD, Zampino KS. The Narrative Coherence Standard and the Dangers of Excessive Paternalism. AJOB Neurosci. 2020 [cited 2021 Dez 04]; 11(1): 43-45. Available from: *https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/21507740.2019.1704925*

**23.** Donold M, Beanlands H, Straus S, Ronksley P, Tam-Tham H, Finlay J, et al. Identifying needs for self-management interventions for adults with CKD and their caregivers: a qualitative study.Am J Kidney Dis. 2019 [cited 2021 Dez 04]; 74(4): 474-482. Available from: *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30952486/*

**24.** Lee VYW, Seah WY, Kang AW, Khoo EY, Mooppil N, Griva K. Managing multiple chronic conditions in Singapore – Exploring the perspectives and experiences of Family caragivers of patients with diabetes and end stage renal diasease on haemodialysis. Psychol Halth. 2016 [cited 2021 Dez 05]; 31(10): 1220-36. Available from: *https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27356152/*

**25.** Boff L. Cuidar e o ser cuidado na prática dos operadores de saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2020 [cited 2021 Dez 05]; 25(2): 392. Available from: https://www.scielo.br/j/csc/a/ZgZ4QfffRgC6HgRY3Ppxzfw/?stop=previous&lang=pt&format=html

# CAPÍTULO 16

# SÉRIE PODCAST DIALOGOS: FERRAMENTA DE MOBILIZAÇÃO SOCIAL E ADVOCACY NO ACOMPANHAMENTO DE PESQUISAS EM TUBERCULOSE

*Data de submissão: 07/08/2023* *Data de aceite: 01/09/2023*

**Aaron Macena da Silva**
Estácio Ceará, Fortaleza-CE
http://lattes.cnpq.br/2299997485377986

**Liandro da Cruz Lindner**
Universidade Anhembi Morumbi, São Paulo - SP
http://lattes.cnpq.br/1937007952823864

**José Carlos Veloso Pereira Da Silva**
Comitê Comunitário de Acompanhamento de Pesquisa – Brasil, Rio de Janeiro – RJ
http://lattes.cnpq.br/7986882276282027

**RESUMO:** A ênfase no envolvimento público na pesquisa em saúde aumentou nos últimos 20 anos. No caso da tuberculose, o acompanhamento de pesquisas pela sociedade civil possibilita o conhecimento da experiência vivida que complementará o conhecimento científico especializado. Entretanto, o dominio da temática de pesquisa e como fazer seu acompanhamento ainda é uma barreira para a sociedade civil. Este estudo descreve o processo de construção de mídia no formato de uma série de podcast como ferramenta de mobilização social e advocacy no acompanhamento de pesquisas em tuberculose no Brasil. Estudo metodológico e de desenvolvimento tecnológico de uma ferramenta de Informação, Educação e Comunicação (IEC) na modalidade de podcast. O trabalho é subprojeto do Projeto Logos. Foram desenvolvidas três etapas: pré-produção, produção e pós-produção nos anos de 2021-2022. Foram desenvolvidos 5 podcasts cujas temáticas foram: ativismo, engajamento comunitário, HIV/aids e tuberculose, parceria serviço, sociedade civil e academia. A participação dos especialistas da área de mobilização social e advocacy durante a teorização, roteirização e gravação dos episódios possibilitou a adequação da temática ao público-alvo. Em todos os podcasts houve a presença de dois locutores e dois convidados. Os podcasts duravam em média 30 minutos, sendo que apenas o primeiro teve tempo inferior a 25 minutos. Todos os podcasts contava com uma estruturação de intro (vinheta e apresentação do tema do episódio) e 3 atos (1. contexto, conhecer o convidado e posicionamentos iniciais; 2. opiniões mais diretas sobre o que está sendo discutido e 3. conclusão, opiniões e argumentos dos apresentadores e convidados). A produção da série Podcast Dialogos apresenta-se como um recurso

que envolve inovação e protagonismo, em virtude dos processos desenvolvidos para a oferta de informações transversais para mobilização social e advocacy no acompanhamento de pesquisas em tuberculose com evidência para a comunicação.
**PALAVRAS-CHAVE:** tuberculose, mobilização social, advocacy, podcast.

## PODCAST DIALOGUES: SOCIAL MOBILIZATION AND ADVOCACY TOOL IN THE FOLLOW-UP OF TUBERCULOSIS RESEARCH

**ABSTRACT:** The emphasis on public involvement in health research has increased over the last 20 years. In the case of tuberculosis, research monitoring by civil society enables the understanding of lived experiences that will complement specialized scientific knowledge. However, mastering the research theme and how to monitor it is still a barrier for civil society. This study describes the process of creating media in the format of a podcast series as a tool for social mobilization and advocacy in monitoring tuberculosis research in Brazil. It is a methodological and technological development study of an Information, Education and Communication (IEC) tool in the form of a podcast. The work is a subproject of Project Logos. Three stages were developed: pre-production, production, and post-production in the years 2021-2022. Five podcasts were developed with themes including: activism, community engagement, HIV/AIDS and tuberculosis, partnership service, civil society and academia. The participation of experts in the field of social mobilization and advocacy during the theorization, scriptwriting, and recording of the episodes allowed for the adaptation of the theme to the target audience. In all the podcasts, there were two hosts and two guests. The podcasts lasted on average 30 minutes, with only the first one being less than 25 minutes. All podcasts had a structure of an intro (jingle and presentation of the episode theme) and 3 acts (1. context, getting to know the guest and initial positions; 2. more direct opinions on what is being discussed and 3. conclusion, opinions and arguments of the hosts and guests). The production of the Podcast Dialogos series presents itself as a resource that involves innovation and leadership, due to the processes developed for the provision of transversal information for social mobilization and advocacy in the monitoring of tuberculosis research with evidence for communication.
**KEYWORDS:** tuberculosis, social mobilization, advocacy, podcast.

## INTRODUÇÃO

A ênfase no envolvimento público na pesquisa em saúde aumentou nos últimos 20 anos (IRGENS; BERGLEN; CHRISTOFFERSEN; HENNINEN *et al.*, 2023; RÖGER-OFFERGELD; KURFER; BRANDL-BREDENBECK, 2023).O acompanhamento de pesquisas pela sociedade civil tem sido relatado como uma necessidade urgente pois melhorar a colaboração entre pesquisadores e comunidades possibilita promover e desenvolver soluções para problemas de saúde, que incorporam consulta e contribuição da comunidade, permitindo assim a adaptação de estratégias de controle e pesquisa para atender às necessidades e circunstâncias locais (HOVE; MABETHA; VAN DER MERWE; TWINE *et al.*, 2023; RÖGER-OFFERGELD; KURFER; BRANDL-BREDENBECK, 2023).

No caso da tuberculose, o acompanhamento de pesquisas pela sociedade civil possibilita o conhecimento da experiência vivida que complementará o conhecimento científico especializado. A participação comunitária influencia a formulação de questões de pesquisa, hipóteses e desenho de estudo pois reflete as necessidades da comunidade afetada considerando que compartilha interesse comum, identidade, experiência de doença, história, idioma e cultura (BOULANGER; SEIDEL; LESSEM; PYNE-MERCIER *et al.*, 2013).

Assim, o desempenho deste papel pela sociedade civil permite que sejam expressadas preocupações e prioridades que, de outra forma, não entrariam na agenda dos pesquisadores, além disto, fornecem e aconselham sobre processos de pesquisa adequados de modo que estes sejam respeitosos e aceitáveis para a comunidade. Entretanto, o dominio da temática de pesquisa e como fazer seu acompanhamento ainda é uma grande barreira para os pessoas da sociedade civil no âmbito da tuberculose.

As tecnologias digitais avançadas superaram a limitação do contato presencial, especialmente após a epidemia de COVID-19 (BONINI, 2020; DE OLIVEIRA; LIMEIRA; KNEIPP, 2022; FINE; PEYSER; ABITTAN; MULLIN *et al.*, 2023; POUW; CAI; REDFERN; CHOW *et al.*, 2023). Com o arrefecimento de ferramentas de Informação, Educação e Comunicação (IEC) tiveram crescimento na promoção da saúde, em especial, os podcasts (BEHRENDS; WARNECKE; WITTE; KLEMBT *et al.*, 2022; MARTIN; VILAS BOAS; ARRUDA; PASSOS, 2020; MATA; CASTLE; JOHNSON; LATZ *et al.*, 2022; POUW; CAI; REDFERN; CHOW *et al.*, 2023).

Contudo, os podcasts não são recentes, remontam à década de 1980. Define-se como podcast[1] a um arquivo de áudio disponibilizado na internet para *download* gratuito que tem funções diversas transitando do entretenimento ao uso para difusão de são variadas, desde o entretenimento e a divulgação de Informação, Educação e Comunicação na educação formal e na educação em saúde (DE OLIVEIRA; LIMEIRA; KNEIPP, 2022; FINE; PEYSER; ABITTAN; MULLIN *et al.*, 2023; LENHARO; CRISTOVÃO, 2016; POUW; CAI; REDFERN; CHOW *et al.*, 2023). Com o advento das mídias sociais e da nuvem, o podcast apresentou uma arquitetura aberta descentralizada na qual o conteúdo de áudio é armazenado no site e permite aos usuários vincular e baixar via RSS, também conhecido como. “Rich Site Summary” (ou “Real Simple Syndication”) (BEHRENDS; WARNECKE; WITTE; KLEMBT *et al.*, 2022; BONINI, 2020; MATA; CASTLE; JOHNSON; LATZ *et al.*, 2022).

Assim, este estudo visa descrever o processo de construção de mídia no formato de uma série de podcast como ferramenta de mobilização social e advocacy no acompanhamento de pesquisas em tuberculose no Brasil.

1 Termo oriundo da junção de broadcasting (radiodifusão) e iPod, dispositivo de áudio da marca Apple que executa arquivos no formato MP3.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo metodológico e de desenvolvimento tecnológico de uma ferramenta de Informação, Educação e Comunicação (IEC) na modalidade de podcast. O presente trabalho é subprojeto de um projeto maior, intitulado Projeto Logos - mobilização social e advocacy em pesquisas de tuberculose, que contou com o apoio da Rede Brasileira de Pesquisadores de Tuberculose Rede TB e financiamento da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

O Projeto Logos tinha por objetivo geral desenvolver ações de aproximação da sociedade civil com o tema de pesquisas em tuberculose no Brasil e foi executado nos anos de 2021-2022. Na execução três pilares foram desenvolvidos: comunicação e mídias digitais; formação para acompanhamento de pesquisa; e difusão de conhecimento cientifico na área de mobilização social e advocacy para o acompanhamento de pesquisas de tuberculose junto a representantes da sociedade civil e pessoas afetadas pela tuberculose, gestores e pesquisadores.

O podcast está se tornando popular nos países ocidentais por causa de suas propriedades convenientes, como entrega rápida, custo mais baixo e facilidade de uso excepcional (BONINI, 2020; MATA; CASTLE; JOHNSON; LATZ *et al.*, 2022). Para o desenvolvimento de mídia no formato de podcast optou-se pelo formato de discussão/ bate-papo/mesa redonda.

## ETAPAS

Foram desenvolvidas três etapas: pré-produção, produção e pós- produção. Na etapa 1 foram realizadas reunião para briefing para definição de temática, objetivo e delineamento de roteiro. Os elementos constitutivos do roteiro foram: highlight/citação do convidado, vinheta de abertura, introdução, interlúdio/transição/CTA, encerramento e vinheta de encerramento.

Na etapa de produção foram convidados especialistas nas temáticas indicados pelos coordenadores do Projeto Logos e a seguir realizadas as gravações em áudio através da plataforma Zoom Meetings devido a sua estabilidade de conexão em qualquer dispositivo, além de funcionar via navegador e em aplicativos para Windows, MacOS, Linux, iPhone (iOS) e Android, além da capacidade de também compatibilidade com serviço dial-in, que permite participar apenas com áudio por meio de ligação telefônica convencional. Acrescente-se que oferece chat em tempo real, transferência de arquivos, controle de microfones, quadro de anotações e compartilhamento de tela de um ou mais membros com funções avançadas. A plataforma permite ainda gravar em vídeo/áudio e salvar em um arquivo MP4 que pode ser reproduzido em qualquer player.

A etapa seguinte foi edição de som, mixagem, masterização e storytelling. Nesta

etapa foram utilizados os softwares FL Studio©. A seguir, o podcast foi validado por 2 especialistas da área de mobilização social e advocacy, que foram convidados a sugerir exclusões, acréscimos ou alterações em partes ou como um todo.

Na etapa final era realizada a distribuição do podcast em periodicidade mensal nas seguintes plataformas: Spotify e Youtube. As plataformas consistem tanto na infraestrutura técnica que permite o compartilhamento de informações quanto em um conjunto de regras (governança) que permitem e restringem determinados tipos de atividade do usuário.

As plataformas típicas da Web 2.0, como YouTube, Flickr, Netflix ou Amazon Prime, encapsulam três funções: apresentam conteúdo para que os usuários descubram ou pesquisem por meio de sua interface; servem como repositório de dados para os arquivos a serem entregues ao usuário (seja via download ou streaming); oferecem software de reprodução incorporado para permitir que os usuários consumam mídia (BEHRENDS; WARNECKE; WITTE; KLEMBT *et al.*, 2022; MATA; CASTLE; JOHNSON; LATZ *et al.*, 2022). Além disto, outros tipos de interação são possibilitados, como sociabilidade, branding e publicidade.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram desenvolvidos 5 podcasts[2] cujas temáticas foram: ativismo, engajamento comunitário, HIV/aids e tuberculose, parceria serviço, sociedade civil e academia. A participação dos especialistas da área de mobilização social e advocacy durante a teorização, roteirização e gravação dos episódios possibilitou a adequação da temática ao público-alvo.

Em todos os podcasts houve a presença de dois locutores e dois convidados. Os podcasts duravam em média 30 minutos, sendo que apenas o primeiro teve tempo inferior a 25 minutos. Todos os podcasts contava com uma estruturação de intro (vinheta e apresentação do tema do episódio) e 3 atos (1. contexto, conhecer o convidado e posicionamentos iniciais; 2. opiniões mais diretas sobre o que está sendo discutido e 3. conclusão, opiniões e argumentos dos apresentadores e convidados).

O 1º podcast com duração de 22’01’’ e foi intitulado ***Seja importante*** abordou sobre conceitos e discussões acerca do ativismo em tuberculose no Brasil, especificamente o acompanhamento de pesquisas em TB e sua importância para a sociedade.

O 2º denominado ***Engajamento comunitário em pesquisas de TB: Cenário nacional e internacional*** abordou o papel do engajamento comunitário em pesquisas e a sua importância junto as comunidades envolvidas e teve duração de 33’35’’.

O 3º podcast, com duração de 29’33’’ contou com a presença de dois ativistas sociais e discorreu sobre os aprendizados e parcerias entre o ativismo do HIV/Aids e Tuberculose, foi cognominado ***HIV/Aids e Tuberculose Engajamento de pesquisas: experiências a***

2 Disponível em https://www.youtube.com/playlist?list=PLdaV0_N737YpaWWcNyv7tZvKTTvQtCd59 .

***aprender e caminhos a construir***.

O podcast de número 4, denominado ***Engajamento comunitário e parceria com serviços e academia***, e abordou a importância da participação comunitária no acompanhamento de pesquisas e trouxeram exemplos para organizações sociais e ativistas que querem se dedicar a este tipo de ativismo e teve duração de 33'16''.

O 5º. e último podcast teve duração de 32'22'' e foi denominado ***Pesquisadores e Sociedade Civil: Caminhos a trilhar.*** Nele foi discutida a relação entre pesquisadores e acompanhamento comunitário em pesquisa. Tendo sido abordados pontos importantes e alternativas para maior aproximação entre estes dois segmentos.
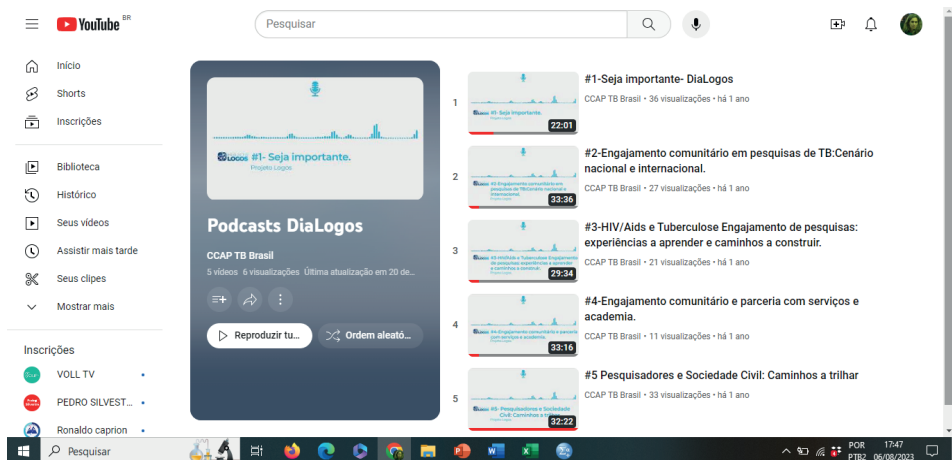
Figura 1: Tela do youtube de playlist do Podcast DiaLogos.

Fonte: https://www.youtube.com/playlist?list=PLdaV0_N737YpaWWcNyv7tZvKTTvQtCd59, 2023.

A *web-based learning* (aprendizagem baseada na web) pode facilitara aprendizagem por meio do uso de dispositivos portáteis ou  não. Na atualidade, o podcast se configura como uma nova prática cultural de produção e consumo de conteúdo sonoro digital e deve ser entendido como mais uma ferramenta que pode ser utilizada em contexto educacional, podendo esse uso ser inserido também na educação em saúde de forma muito eficiente na obtenção da aprendizagem (DE OLIVEIRA; LIMEIRA; KNEIPP, 2022; LENHARO; CRISTOVÃO, 2016; MATA; CASTLE; JOHNSON; LATZ *et al.*, 2022).

A série Podcast Dialogos fornece de maneira conveniente e econômica o acesso à informação de forma ampla e irrestrita para a sociedade civil, gestores e pesquisadores sobre mobilização social e advocacy no acompanhamento de pesquisas em tuberculose pois temos a possibilidade de um contato mais aprofundado entre pesquisadores, outros membros da sociedade civil e gestores dos ouvintes.

Deste modo, os resultados da roteirização foram mais positivos pois resultaram da combinação da tecnologia e da prática cotidiana dos entrevistados (BEHRENDS;

WARNECKE; WITTE; KLEMBT *et al.*, 2022; DE OLIVEIRA; LIMEIRA; KNEIPP, 2022; LENHARO; CRISTOVÃO, 2016; MATA; CASTLE; JOHNSON; LATZ *et al.*, 2022). Assim, o uso de podcast possibilitou identificar disparidades na mobilização social e advocacy e assim instrumentalizar as comunidades na compreensão de questões relativas à pesquisa em tuberculose, por suas características intrínsecas, que englobam o baixo custo e o fácil acesso.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção da série Podcast Dialogos apresenta-se como um recurso que envolve inovação e protagonismo, em virtude dos processos desenvolvidos para a oferta de informações transversais para mobilização social e advocacy no acompanhamento de pesquisas em tuberculose com evidência para a comunicação, sendo a sua roteirização o elemento chave para o processo de difusão da informação.

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Comitê Comunitário de Acompanhamento de Pesquisa – Brasil (CCAPT- Tb Brasil), Rede Brasileira de Pesquisadores de Tuberculose Rede TB e Organização Pan-Americana da Saúde.

## REFERÊNCIAS

BEHRENDS, M.; WARNECKE, J.; WITTE, M. L.; KLEMBT, C. *et al.* The Podcast "Digitization of Medicine" as a Form of Science Communication. **Stud Health Technol Inform**, 295, p. 124-127, Jun 29 2022.

BONINI, T. A "segunda era" do podcasting: reenquadrando o podcasting como um novo meio digital massivo. **Radiofonias–Revista de Estudos em Mídia Sonora**, 11, n. 1, 2020.

BOULANGER, R. F.; SEIDEL, S.; LESSEM, E.; PYNE-MERCIER, L. *et al.* Engaging communities in tuberculosis research. **Lancet Infect Dis**, 13, n. 6, p. 540-545, Jun 2013.

DE OLIVEIRA, L. A. C.; LIMEIRA, M. A. B.; KNEIPP, V. A. P. Podcast reconfigura a radionovela na era digital. **Radiofonias–Revista de Estudos em Mídia Sonora**, 13, n. 2, p. 95-118, 2022.

FINE, E.; PEYSER, A.; ABITTAN, B.; MULLIN, C. *et al.* The voice of infertility: a review of fertility podcasts. **Hum Fertil (Camb)**, 26, n. 2, p. 284-288, Dec 2023.

HOVE, J.; MABETHA, D.; VAN DER MERWE, M.; TWINE, R. *et al.* Participatory action research to address lack of safe water, a community-nominated health priority in rural South Africa. **PLoS One**, 18, n. 7, p. e0288524, 2023.

IRGENS, E. L.; BERGLEN, G.; CHRISTOFFERSEN, T.; HENNINEN, A. P. *et al.* Our health, our research. Identifying public health research priorities among children and youth in a multiethnic population: protocol for a community-based participatory health research priority survey. **BMJ Open**, 13, n. 7, p. e072567, Jul 19 2023.

LENHARO, R. I.; CRISTOVÃO, V. L. L. PODCAST, PARTICIPAÇÃO SOCIAL E DESENVOLVIMENTO. **Educação em Revista**, 32, n. 1, p. 307-335, 2016-03-01 2016.

MARTIN, G. F. S.; VILAS BOAS, A. C.; ARRUDA, S. D. M.; PASSOS, M. M. PODCASTS E O INTERESSE PELAS CIÊNCIAS. **Investigações em Ensino de Ciências**, 25, n. 1, p. 77, 2020-05-01 2020.

MATA, H. J.; CASTLE, A.; JOHNSON, C.; LATZ, I. *et al.* The HPP Podcast: People, Places, Possibilities-Living & Reimagining Beyond the Page. **Health Promot Pract**, 23, n. 6, p. 897-901, Nov 2022.

POUW, A. E.; CAI, F.; REDFERN, A. J.; CHOW, J. *et al.* Eyes for Ears: Usage and Efficacy of a Podcast for Ophthalmic Education. **Clin Ophthalmol**, 17, p. 2163-2170, 2023.

RÖGER-OFFERGELD, U.; KURFER, E.; BRANDL-BREDENBECK, H. P. Empowerment through participation in community-based participatory research-effects of a physical activity promotion project among socially disadvantaged women. **Front Public Health**, 11, p. 1205808, 2023.

# CAPÍTULO 17

# PROPRIEDADES FARMACOLÓGICAS DAS FOLHAS E SEMENTES DO MAMÃO (*Carica papaya* L.) E SEUS BENEFÍCIOS PARA A SAÚDE HUMANA

*Data de aceite: 01/09/2023*

**Isis Vianna Batalha de Oliveira**
LabFBot - Faculdade de Farmácia - Universidade Federal do Rio de Janeiro – Graduada em Farmácia
Rio de Janeiro - RJ
Orcid: 0009-0003-5948-6498

**Ana Cláudia de Macêdo Vieira**
LabFBot - Faculdade de Farmácia - Universidade Federal do Rio de Janeiro – Docente (Professor titular)
Rio de Janeiro - RJ
Orcid: 0000-0002-8919-1215

**RESUMO**: O mamoeiro (*Carica papaya L.)* é uma fruteira tropical de grande importância econômica para o Brasil, sobretudo para o Nordeste. Seu cultivo encontra-se distribuído em países tropicais e subtropicais, sendo conhecido em todo mundo, em virtude de seu valor alimentício. No entanto, alguns estudos apontam para o potencial emprego das folhas e sementes de mamoeiro como recurso terapêutico utilizado popularmente em diferentes regiões brasileiras. O objetivo do presente estudo foi realizar uma revisão bibliográfica integrativa para avaliar as propriedades farmacológicas das folhas e sementes do mamoeiro e seus benefícios para a saúde humana. Para tanto, a revisão foi realizada em diferentes bases de dados, tais como Portal de Periódicos CAPES, *Scielo, Scopus, Medline* e Google Scholar no intervalo de 2002 a 2022, utilizando como descritores *Carica papaya*, folhas, sementes, uso medicinal, atividade farmacológica, anti-inflamatório e antioxidante (e os termos equivalentes em inglês). Os resultados obtidos apontaram que folhas e sementes do mamoeiro apresentam substâncias bioativas com ação antioxidante, anti-inflamatória e antiviral, além de poderem ter benefícios no tratamento do diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares, e, ainda, como fonte adjuvante para diversas patologias. O levantamento bibliográfico reforça ainda o uso popular das folhas e sementes de mamoeiro, principalmente, no controle de glicose em determinados casos de diabetes. A possibilidade da utilização de produtos naturais extraídos de vegetais, como a folha do mamoeiro, eventualmente, pode constituir uma alternativa promissora e sustentável para o controle de patógenos.
**PALAVRAS-CHAVE:** Planta medicinal, *Carica papaya*, mamoeiro, Caricaceae, Folhas.

## PHARMACOLOGICAL PROPERTIES OF PAPAYA LEAVES AND SEEDS (*Carica papaya* L.) AND THEIR BENEFITS FOR HUMAN HEALTH

**ABSTRACT:** Papaya (Carica papaya L.) is a tropical fruit tree of significant economic importance in Brazil, particularly in the Northeast region. Its cultivation is widespread across tropical and subtropical countries, and it is renowned worldwide for its nutritional value. Nonetheless, several studies suggest the potential utilization of papaya leaves and seeds as therapeutic resources, commonly employed in various Brazilian regions. The objective of this study was to conduct an integrative literature review to assess the pharmacological properties of papaya leaves and seeds, along with their benefits to human health. To achieve this, the review encompassed various databases, including Portal de Periódicos CAPES, Scielo, Scopus, Medline, and Google Scholar, spanning the period from 2002 to 2022. The search utilized descriptors such as Carica papaya, leaves, seeds, medicinal use, pharmacological activity, anti-inflammatory, antioxidant, and their English equivalents. The results indicated that papaya leaves and seeds contain bioactive compounds with antioxidant, anti-inflammatory, and antiviral properties. Moreover, they exhibit potential benefits in the management of diabetes, hypertension, and cardiovascular diseases. Additionally, they serve as a supplementary resource for various pathologies. The review further underscores the widespread traditional use of papaya leaves and seeds, particularly in regulating glucose levels in specific diabetes cases. The potential for harnessing natural products derived from plants, such as papaya leaves, holds promise as a viable and sustainable alternative for combating pathogens.
**KEYWORDS:** Medicinal plant, *Carica papaya*, papaya, Caricaceae, Leaves.

## 1 I INTRODUÇÃO

O Brasil é considerado um dos países de maior biodiversidade do planeta por possuir cerca de 20% do número total de espécies do mundo (Albuquerque et al., 2007; Maciel et al*.,* 2002). O mamão (*Carica papaya* L.) pertence à família Caricaceae que inclui cinco gêneros com aproximadamente 34 espécies. No Brasil ocorrem 10 espécies da família pertencentes aos gêneros: *Carica* e *Jacaratia* (Lorenzi e Souza, 2008). As diferentes partes da planta do mamão são utilizadas desde a antiguidade para fins terapêuticos (Singh et al., 2020).

*Carica papaya*. é o mamoeiro mais cultivado em todo mundo. É uma planta tropical nativa, cujo centro de origem é, muito provavelmente, o Noroeste da América do Sul, vertente oriental dos Andes, ou mais precisamente, a Bacia Amazônica Superior, onde sua diversidade genética é máxima. O Brasil é o primeiro produtor mundial de mamão, situando-se entre os principais países exportadores, principalmente para o mercado europeu (Oliveira e Coelho, 2011, sendo uma cultura de grande expressão agrícola (Manica, 1982).

O mamão (fruto) é uma excelente fonte de vitaminas A e C, cálcio, potássio, outros minerais e fibras. Além disso, a importante enzima papaína, um suplemento digestivo eficiente, auxilia na digestão de proteínas. Apresenta cerca de 33 kcal 100 g-1 de fruto e

não é gorduroso, sendo rico em vitamina A, B, C, e D, podendo ser utilizado na fabricação de doces ou ser consumido maduro (Manica, 1982; Gomes; 1986). Além disso, o mamão assegura um complemento de sais minerais considerável na alimentação, proporcionando um bom equilíbrio nutricional (Moreira, 2009). A planta do mamoeiro apresenta um caule herbáceo que pode atingir de 6 a 9 m de comprimento, semi-lenhoso, oco e com 10 a 30 cm de diâmetro, geralmente não ramificado, terminando em um aglomerado de folhas digito lobadas grandes e glabras, com nervuras verde-amareladas, sendo sustentadas por pecíolos de 25 a 100 cm de comprimento, dispostos de forma espiralada ao redor do caule. As flores são pequenas, afuniladas, de coloração branca a creme, ligeiramente perfumadas, podendo ser encontradas solitárias ou formando inflorescências estaminadas. As superfícies dos estigmas são verdes e os estames amarelados (Cotrut et al., 2017).

Segundo Patro (2011) e Sharma et al (2020), as folhas, raízes, flores e frutos do mamoeiro possuem propriedades medicinais. Segundo a medicina popular, o látex de mamão pode curar dispepsia e é aplicável para queimaduras externas e escaldaduras. Sementes e frutos são excelentes anti-helmínticos e anti-amebiano. As folhas secas e pulverizadas são vendidas para fazer chá, também a decocção das folhas é administrada como purgativo para cavalos e usado para o tratamento do aparelho genito-urinário. Frutos verdes e semimaduros de mamão são ingeridos ou aplicados no útero para causar aborto. O consumo de mamão verde e semimaduro pode ser inseguro durante a gravidez, mas o consumo de frutas maduras durante a gravidez não causa riscos (Adebowale, Garnesan, Prasad, 2002).

## 2 | OBJETIVO

### 2.1 Objetivo Geral

Realizar uma revisão bibliográfica integrativa para avaliar as propriedades farmacológicas que as folhas e sementes do mamoeiro podem apresentar e seus benefícios, demonstrando a eficácia e segurança através de evidências científicas em estudos *in vitro*, pré-clínicos e clínicos.

### 2.2 Objetivos Específicos

- Descrever as propriedades farmacológicas do mamão *Carica papaya;*
- Apontar os efeitos do extrato do mamão no tratamento de diabetes *mellitus,* dengue e outras doenças.

## 3 | METODOLOGIA

O presente trabalho foi realizado com base em uma revisão integrativa da literatura,

com base no trabalho de Souza, Silva e Carvalho (2010).

Para a busca na literatura através da pesquisa bibliográfica nas bases de dados escolhidas, foram utilizadas palavras-chave em português (e seus termos equivalentes em inglês) relacionadas ao tema foram incluídas na busca, conforme demonstrado no Quadro 1. Foi utilizado o operador booleano "AND" na busca para associar os descritores.

| mamoeiro |
|---|
| *Carica papaya L* |
| Caricaceae |
| Propriedades medicinais do mamoeiro |
| Folhas |
| Sementes |
| Uso medicinal |
| Atividade farmacológica |
| Anti-inflamatório |
| antioxidante |

Quadro 1- Palavras-chave estabelecidas para pesquisa bibliográfica

Fonte: Elaborado pelo autor, 2023.

Para a seleção dos artigos utilizados, os critérios de inclusão escolhidos foram artigos que realizaram estudos *in vitro*, pré-clinicos e clínicos que abordavam as propriedades farmacológicas das folhas e sementes do mamoeiro, no período de 2002 a 2022. Por esta razão, os resumos de cada artigo, que estavam públicos, foram lidos e selecionados para inclusão no trabalho. Após o levantamento inicial, foram estabelecidos os seguintes critérios de exclusão: artigos que eram levantamentos bibliográficos e não de pesquisa ou que não tinham seus experimentos totalmente claros, resumos apresentados em congresso, artigos incompletos, artigos duplicados e artigos que citavam o mamão, mas focavam em outra planta por obter resultados mais significativos.

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas seguintes bases de dados *online*: *Portal de Periódicos CAPES, Scielo, Scopus, Medline e Google Scholar.*

O processo de avaliação dos artigos foi realizado através da análise e leitura dos títulos e resumos, 20 artigos foram localizados nas bases de dados, onde foram selecionados 15 artigos científicos, com estudos de tratamento de diversas patologias e 5 foram excluídos utilizando os critérios de exclusão já mencionados.

## 4 I RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1 Análise das propriedades farmacológicas de *Carica papaya*

Os princípios ativos são componentes químicos, naturalmente encontrados em

diferentes partes das plantas, que tornam muitas espécies benéficas para usos terapêuticos. Sabe-se que as folhas de mamão têm vários componentes químicos promotores da saúde, tais como alcalóides, saponinas, glicosídeos, flavonoides, compostos fenólicos, enzimas, aminoácidos, lipídios, carboidratos, vitaminas e minerais (Alara et al., 2022). Devido a esses compostos bioativos, os extratos das folhas podem ser usados para preparar nutracêuticos e formulações medicinais à base de plantas.

Os dados obtidos nas buscas apontam que as folhas e sementes do mamoeiro apresentam substâncias bioativas com ação antioxidante, anti-inflamatória e antiviral, como demonstrado no estudo de Akhila e Vijayalakshmi (2015).

Os trabalhos demonstrados no Quadro 2, em ordem das publicações mais recentes para as mais antigas, validam o uso popular de infusão e extrato de folhas e sementes de mamoeiro como agente digestivo e no controle de glicose em determinados casos de diabetes.

| Amostra | Parte utilizada | Objetivo Experimental | Principais resultados | Autores |
|---|---|---|---|---|
| Extrato de folhas | Folhas | Revisar as atividades anticancerígena, anti-inflamatória, antidiabética e antiviral da folha de mamão. | As principais descobertas revelaram que o extrato de folha de mamão tem fortes propriedades medicinais, como antibacteriana, antiviral, atividade antitumoral, hipoglicemiante e anti-inflamatória. | SINGH *et al.*, 2020. |
| Extrato bruto de folhas | Folhas | Investigar os efeitos do extrato bruto de folhas de *Carica papaya* sobre o estresse oxidativo em camundongos induzidos pela ciclofosfamida, bem como a caracterização do perfil fitoquímico deste extrato. | O estudo mostrou que o extrato de *C. papaya* foi benéfico contra eventos oxidativos e preveniu danos no DNA. O extrato também mostrou hepatotoxicidade, portanto, a infusão prolongada de folhas de mamão não é aconselhável. | LUIZ *et al.,* 2020. |
| Extrato aquoso de folhas | Folhas | Estudo foi desenhado para avaliar alguns dos efeitos do extrato aquoso da folha do mamão *C. papaya* no fígado de ratos wistar adultos e diabéticos. induzidos por estreptozotocina (STZ). | O estudo demonstrou que a utilização do extrato aquoso da folha do mamão *C. papaya* induzia a STZ e foi eficaz na produção de hiperglicemia grave em animais experimentais e isso está de acordo com as descobertas de investigadores anteriores. | AJIBADE *et.al.*,2019. |
| Extrato de folhas | Folhas | O objetivo deste estudo é examinar o efeito da aplicação tópica de extrato etanólico de folha de mamão (*Carica papaya*) ao processo de cicatrização de úlceras bucais em camundongos. O processo de cicatrização foi observado com três indicadores: macrófagos, angiogênese e reepitelização. | A aplicação tópica do extrato etanólico da folha de mamão pode acelerar significativamente o processo de cicatrização de úlceras orais em ratos *Wistar*. esta conclusão é vista a partir de três indicadores de cura: células de macrófago, angiogênese e reepitelização. Estudos subseqüentes devem considerar a adição de dias de observação para permitir a observação de todo o processo de cicatrização. É necessário avançar em pesquisas relacionadas aos efeitos tóxicos da folha do mamão. | FEMILIAN; AGUSTINA.; SUBAGYO, 2019. |

| Extratos de folhas | Folhas | O estudo avaliou a ação antimicrobiana do extrato de folha de mamão *C. papaya* contra bactérias e agentes fúngicos que causam diarreia. | Os resultados revelaram que os extratos aquosos de *C. papaya* não tiveram atividade antifúngica, mas tiveram atividade antibacteriana. O extrato de N.hexano de *C. papaya* teve mais atividade do que outros solventes com MIC e variaram de 25 mg/ml a 50 mg/ml e o MBC variou de 50 mg/ml a 100 mg/ml. Esses resultados sugerem que o extrato de folha de *C. papaya* é recomendado como um remédio para diarreia. | UNAEZE *et al.,*2018. |
|---|---|---|---|---|
| Extrato de sementes | Semente | Investigar a potencial atividade antibacteriana da semente de mamão maduro que era descartada. Foram utilizadas diferentes técnicas extrações com solventes, contra 14 microrganismos selecionados. | Extrato da casca do mamão foi testado contra 14 microrganismos O extrato de semente de mamão inibiu 11 microrganismos, indicando sua atividade de amplo espectro. | MUHAMAD *et al.*, 2017. |
| Extrato de folhas | Folhas | Pesquisar as evidências disponíveis relacionadas à eficácia e segurança do uso do extrato de folha de *C. papaya* no tratamento da dengue e sintetizar as evidências de forma significativa por meio de metanálise para que inferência pode ser feita. | Total de quatro ensaios envolvendo 439 indivíduos foram incluídos na análise. O extrato de folha de *C. papaya* foi considerado associado ao aumento na contagem de plaquetas na análise geral. Após 48 horas, não houve diferença significativa entre *C. papaya* e o grupo controle. Houve significativa diminuição nos dias de internação no grupo *C. papaya*. Por indisponibilidade de dados em ensaios clínicos publicados, mortalidade e eventos adversos não podem ser agrupados. | CHARAN *et al.,* 2016. |
| Extrato de folhas | Folhas | Estudar o perfil fitoquímico do extrato da folha de mamão usando técnica cromatográfica: Cromatografia Líquida-Espectroscopia de Massa (LCMS). | *C. papaya* revelou a presença de compostos fitoquímicos farmacologicamente ativos, como: alcalóides, fenólicos, flavonóides e aminoácidos.<br>Mais estudos podem ser feitos sobre esses constituintes para identificar e isolar propriedades anticancerígena, atividade antiacne, alívio da dor menstrual e alívio de náuseas. | AKHILA e VIJAYALAKSHMI, 2015. |
| Extrato de semente e folhas | Sementes e folhas | Comparar os efeitos dos extratos aquosos de sementes e folhas de *C. papaya* na bioquímica sérica de diabéticos induzidos por aloxana ratos, especialmente o nível de glicose. | Os resultados mostraram que ambos os extratos de sementes e folhas têm efeito hipoglicemiante significativo em ratos diabéticos, embora o extrato da semente pareça ser mais potente que o da folha na redução da glicose no sangue. Além disso, as elevações nos biomarcadores hepáticos examinados foram significativamente atenuadas no grupo diabético, o que mostrou que os extratos são capazes de proteger o fígado e o rim em infecções induzidas por aloxana em ratos diabéticos. | OJO *et. al.,* 2015. |

| Extrato de folhas frescas | Folhas | Investigar o potencial papel do extrato de folhas frescas de *C. papaya* em parâmetros hematológicos e bioquímicos e alterações toxicológicas em um modelo murino. 36 camundongos foram usados para o teste. | O extrato fresco de folhas do mamão *Carica papaya* aumentou significativamente as contagens de plaquetas e hemácias no grupo de teste em comparação com o grupo controle. Portanto, é muito importante identificar quais foram essas substâncias químicas das folhas de *C. papaya*, pois podem ser recomendadas como medicamento para aumentar a trombopoiese e a eritropoiese em humanos e animais nos quais essas linhagens celulares foram comprometidas. | DHARMARATHNA *et al.,* 2013. |
|---|---|---|---|---|
| Extrato aquoso de folhas | folha | Diferentes partes de *C. papaya* são usadas na medicina popular mexicana para tratar várias doenças, como diarréia, inflamação e diabetes. Foi realizada avaliação do efeito hipoglicemiante do extrato aquoso de folhas do mamão *C. papaya* em ratos diabéticos induzidos por estreptozotocina. | O extrato aquoso de *C. papaya* (0,75 g e 1,5 g/100 mL) diminuiu significativamente a glicemia ($p<0,05$) em ratos diabéticos. Também diminuiu os níveis sanguíneos de colesterol, triacilglicerol e aminotransferases. Os níveis de insulina plasmática não se alteraram após o tratamento em ratos diabéticos, mas aumentaram significativamente em animais não diabéticos. No fígado de ratos diabéticos tratados, impediu a ruptura dos hepatócitos, bem como o acúmulo de glicogênio e lipídios. | JUÁREZ-ROJOP *et al.*,2012. |
| Extrato de folhas | Folhas | Investigar a atividade analgésica de extratos de folhas do mamão *C. papaya* (n-hexano, acetato de etila, etanol) em modelos de camundongos com dor induzida por ácido acético (método de Siegmund). | Os resultados mostraram que todos os extratos nas doses de 0,175, 0,35 e 0,70 mg/kg de peso corporal apresentaram atividade analgésica significativa ($p<0,05$) em relação ao grupo controle. | HASIMUNA; SUWENDARA; ERNASARIA, 2012. |
| Extrato de folhas | Folhas | Investigar o potencial de ação dos extratos de folhas de *C. papaya* contra a dengue em paciente de 45 anos picado por mosquitos transmissores. Para o tratamento da Dengue o foi usado 25 mL de extrato aquoso de folhas do mamão *C. papaya*, sendo administrado ao paciente infectado com dengue duas vezes ao dia, ou seja, de manhã e à noite durante cinco dias consecutivos. | Devido a melhora nos sintomas dos pacientes e relatórios dos exames de sangue, mostrou que o extrato aquoso das folhas do mamão *C. papaya* exibiu atividade potencial contra a dengue. Além disso, as diferentes partes desta espécie valiosa podem ser usadas como um forte candidato natural contra doenças virais. | AHMAD *et al.*, 2011. |

| Fração de folha | Folhas | Examinar o efeito da fração de folha de *C. papaya* extraída com água, no crescimento de várias linhagens de células tumorais e sobre o efeito antitumoral de linfócitos humanos. Além disso, tentar identificar o funcionamento dessa fração de peso molecular no extrato de folhas de *C. papaya.* | Observaram significativa atividade inibitória do extrato de *C. papaya* no crescimento de linhagens de células tumorais. Além disso, análises mostraram que a expressão de 23 genes imunomoduladores, classificados por análise de ontologia gênica, foi reforçada pela adição de extrato de *C. papaya*. Identificou os componentes ativos do extrato de *C. papaya*, que inibe o crescimento de células tumorais e estimula efeitos antitumorais. | OTSUKI *et al.,*2010. |
|---|---|---|---|---|

Quadro 2 – Dados de literatura que apresentam propriedades bioativas com ação antioxidante, anti-inflamatória e antiviral nas folhas do mamoeiro

Foram observados efeitos hipoglicemiantes nos extratos de folhas e sementes de *Carica papaya* , como demonstrado no estudo de Ojo *et al*. (2015), onde as descobertas foram semelhantes às de pesquisadores anteriores, onde a ação dos extratos pode ser atribuída à capacidade dos extratos da folha e das sementes de diminuir a taxa de absorção intestinal de glicose, aumentar a utilização periférica de glicose; estimular aos poucos β-células para produzir insulina ou regenerar as células β das ilhotas, uma vez que as células β demonstraram ter um notável potencial de regeneração. No estudo de Juárez-Rojop *et al.* (2012) também mostrou que o extrato aquoso de *C. papaya* exerceu ação hipoglicemiante e efeito antioxidante e melhorou o perfil lipídico em ratos diabéticos. Além disso, o extrato da folha afetou positivamente a integridade e função do fígado e do pâncreas.

No estudo de Ajibade *et al.* (2019), concluiu-se que o extrato aquoso das folhas de *C. papaya* tem função hepatoprotetora e atividades hipoglicêmicas e antioxidantes por indução de STZ (estreptozotocina do fígado), demostrando assim a razão para a cultura popular de aproveitamento do extrato aquoso das folhas do mamão *C. papaya* no tratamento de distúrbios hepáticos que podem ocorrer como resultado de diabetes mellitus, especialmente diabetes tipo 1. Porém o estudo recomenda que é necessária maior investigação para afirmar o potencial do extrato e assegurar os dados confirmados por eles.

Singh et al. (2020) e Muhamad et al. (2017) demonstraram ação antibacteriana em seus artigos, destacando-se contra *S. enteritidis, V. vulnificus, P. mirabilis e B. cereus.,* o que demonstra o efeito farmacológico dos extratos das folhas de *Carica papaya.*

No estudo de Dharmarathna et al. (2013) ficou evidente que a administração oral de extrato puro de folhas de *C. papaya* causa aumentos consideráveis nas contagens de plaquetas e hemácias no modelo com ratos murino sem causar nenhuma toxicidade aguda/subaguda. Portanto, o extrato da folha de mamão pode ser usado como um medicamento para aumentar a hemopoiese e a trombopoiese quando estas foram suprimidas pela doença. No entanto, foi um estudo preliminar e mais trabalhos são necessários para

isolar e identificar os ingredientes biologicamente ativos das folhas de mamão *C. papaya* responsáveis por esses efeitos.

O estudo de Luiz et al. (2020) mostrou que a massa bruta do extrato de folhas de mamão *C. papaya* apresenta benefícios contra eventos oxidativos, ajudando a aumentar a atividade antioxidante de enzimas, além de inibir a lipoperoxidação, prevenir danos ao DNA e mostrar sinais de estimulação eritropoiética. Na fitoquímica a caracterização de dois flavonóides, quercetina-3β-Dglicosídeo e rutina foram encontrados, o que pode atribuir parte dos benefícios a esta planta. Por outro lado, o extrato aumentou as enzimas do fígado ALT (alanina aminotransferase) e AST (aspartato aminotransferase), sugerindo toxicidade, fato que pode ter ocorrido devido ao tratamento prolongado, causando intoxicação subcrônica e elevação transitória dessas enzimas. Portanto, a dose utilizada e neste modelo de exposição não foi considerado totalmente seguro. Portanto, segundo este estudo, o uso prolongado da infusão de folhas de mamão não é aconselhável.

Ahmad et al. *(*2011), investigaram a ação potencial dos extratos das folhas do mamão contra a dengue. *C. papaya* contém dois importantes compostos biologicamente ativos: quimopapaína e papaína que são amplamente usados para distúrbios digestivos. O aumento da contagem de plaquetas no estudo indica a atividade farmacológica dos extratos das folhas do mamão *C. papaya.* No entanto, foi somente um trabalho preliminar e mais trabalhos para isolar os compostos ativos desta espécie são necessários, o que pode ajudar no controle dessa doença infecciosa.

No estudo de Unaeze *et al. (*2018), os autores concluíram que os extratos de folha de mamão possuem atividade antimicrobiana significativa contra bactérias causadoras de diarreia. A demonstração da atividade antimicrobiana de *Carica papaya* pode ajudar a descobrir novas classes químicas de substâncias antibióticas que poderiam servir como agentes seletivos para controle de doenças diarreicas.

No estudo de Otsuki *et al.* (2010), os autores concluíram que o extrato da folha de *Carica papaya* pode mediar uma mudança do linfócito Th1 no sistema imunológico humano, sugerindo que o extrato da folha de *Carica papaya* pode potencialmente fornecer os meios para o tratamento e prevenção de doenças humanas selecionadas, como câncer, vários distúrbios alérgicos e pode servir como imunoadjuvante para terapia de vacinas.

No estudo de Hasimuna; Suwendara; Ernasaria (2012), os autores concluíram que os extratos n-hexano, acetato de etila e etanol das folhas de *Carica papaya* nas doses de 0,175; 0,35; 0,70 mg/kg de peso corporal para cada extrato, ofereceu alguma proteção contra a dor visceral induzida pelo ácido acético, apresentando assim uma melhor atividade analgésica comparável à aspirina. O estudo revelou que o extrato etanólico das folhas do mamão é um candidato promissor para o desenvolvimento de fitoterápico contra a dor visceral, sendo necessários mais estudos nesse sentido.

## 4.2 Estudos dos efeitos do extrato do mamão no tratamento de diabetes *mellitus,* de dengue e outras doenças

### *4.2.1 Diabetes mellitus*

De acordo com Sharma et al*. (*2022), a prevalência de infecções virais, câncer e diabetes está aumentando a um ritmo alarmante em todo o mundo, e essas doenças são agora consideradas os riscos mais graves para o bem-estar humano na atualidade.

Diabetes *mellitus* é uma doença mundialmente conhecida causada pela falha do pâncreas em gerar insulina ou disfunção do sistema humano para usar a insulina adequadamente (Merashli et al*.,* 2015). O número crescente de diabetes associado ao efeito tóxico dos medicamentos através da medicina alopática tem chamado a atenção de pesquisadores para encontrar alternativas com poucos ou nenhum efeito colateral (Ishihara et al., 2005). O diabetes também aumenta o risco de outras doenças e distúrbios, como obesidade, envelhecimento, hereditariedade e mutilação genética da função da célula beta/receptor de insulina. Muitas plantas são conhecidas por seus efeitos antidiabéticos eficazes, bem como, componentes químicos na medicina convencional e atual (Prakash et al., 2021).

A tendência decrescente da glicemia dos animais tratados com o consumo de extratos de partes de plantas revelou em muitos estudos que o extrato de porções de plantas possui potentes efeitos antidiabéticos e podem ser utilizados para sua cura (Rao e Nammi, 2006).

Estudos pré-clínicos disponíveis na literatura mostram o efeito antidiabético das folhas de mamão na administração em ratos diabéticos, mas nenhuma investigação foi realizada como um ensaio clínico em seres humanos para examinar o efeito antidiabético. Pesquisadores sugerem que as folhas de *C. papaya* podem ser uma alternativa no tratamento de diabetes, pois não tem efeitos colaterais (Sobia et al*.,* 2016).

Fakeye et al*.,* (2007), realizaram estudo pré-clínico sobre efeitos terapêuticos do mamão em ratos *Wistar* diabéticos, onde o extrato etanólico de folha de mamão (5,0 mg/kg) foi administrado durante vinte e quatro horas. Uma redução significativa na glicemia de 12,75 para 1,23 mmol/L dos ratos diabéticos foi observada pesquisadores 24 horas após a administração oral (Fakeye et al*.,* 2007). O possível mecanismo de extrato de folha de *Carica papaya* como agente antidiabético é mostrado na Figura 3. Esse mecanismo de ação do extrato aquoso da folha de mamão consiste em estimular as células beta com maior liberação pancreática de insulina, aumentando assim a captação periférica de glicose nas ilhotas de Langerhans. Além disso, o efeito glicêmico reduzido da do extrato da folha de mamão é devido ao impedimento da síntese de ácidos graxos e a diminuição da colesterogênese e devido a um aumento da quantidade dos últimos parâmetros aumentando ainda mais o risco de sobrepeso e diabetes (Cushnie e Lamb, 2005). O

mecanismo acionado pelas folhas de mamão consiste na diminuição da hidrólise de lipídeos e carboidratos atividade enzimática no intestino delgado, o que reduz conversão de dissacarídeos e triglicerídeos em monossacarídeo facilmente absorvível e ácidos graxos livres (Juárez-Rojop et al*.,* 2014).

### *4.2.2 Dengue*

A dengue é uma arbovirose causada pelo vírus da dengue da família *Flaviviridae* e ocorre devido à infecção transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti* infectado com o vírus (Yogarajalakhmi et al., 2020). O vírus da dengue apresenta quatro sorotipos, em geral, denominados DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4 (Azevedo, 2007).

De acordo com a Secretaria de Vigilância em Saúde / Ministério da Saúde (2013), a dengue possui um amplo espectro clínico, podendo manifestar variados sinais e sintomas, além de ser uma doença dinâmica, podendo expressar, em determinado momento, sinais de gravidade e choque diferenciados. Devido a essas características, pode-se destacar seu diagnóstico diferencial em síndromes clínicas:

a) síndrome febril: enteroviroses, influenza e outras viroses respiratórias, hepatites virais, malária, febre tifóide e outras arboviroses (oropouche);

b) síndrome exantemática febril: rubéola, sarampo, escarlatina, eritema infeccioso, exantema súbito, enteroviroses, mononucleose infecciosa, parvovirose, citomegalovirose, outras arboviroses (mayaro), farmacodermias, doença de Kawasaki, doença de Henoch-Schonlein etc;

c) síndrome hemorrágica febril: hantavirose, febre amarela, leptospirose, malária grave, riquetsioses e púrpuras;

d) síndrome dolorosa abdominal: apendicite, obstrução intestinal, abscesso hepático, abdome agudo, pneumonia, infecção urinária, colecistite aguda etc;

e) síndrome do choque: meningococcemia, septicemia, meningite por influenza tipo B, febre purpúrica brasileira, síndrome do choque tóxico e choque cardiogênico (miocardites);

f) síndrome meníngea: meningites virais, meningite bacteriana e encefalite.

Estudos com modelos animais e humanos foram conduzidos por pesquisadores em todo o mundo para confirmar o efeito anti-inflamatório e melhora da contagem de plaquetas após administração de extrato de folha de mamão simples ou extrato aquoso etanólico (Siddique et al*.,* 2014). O uso de extrato de mamão é recomendado para obter recuperação precoce em caso de dengue com plaquetas baixas e contagem de glóbulos vermelhos e brancos (Pandita, et al*.,* 2019). De acordo com alguns estudos de caso realizados nos últimos anos, seu efeito positivo na contagem total de placas é claramente demonstrado. Os pesquisadores administraram oralmente 25 mL de extrato de folha de mamão para pacientes com dengue diariamente pela manhã e à noite por cinco dias continuamente

(Ahmad et al., 2011). Neste estudo, houve melhora significativa na contagem de plaquetas e nos neutrófilos das células sanguíneas logo após o segundo dia de consumo oral e atingiram seu nível normal saudável no final do curso.

O mecanismo de ação do extrato de folha de mamão mostra propriedades estabilizadoras muito boas para prevenir a formação de plaquetas é provável que os extratos possuam atributos estabilizadores de membrana e protegem as células sanguíneas contra a destruição induzida pelo estresse. Esta propriedade pode ser útil em pacientes com dengue, onde extratos de folha de mamão poderia impedir a lise plaquetária, devido à presença de compostos bioativos com esse tipo de atividade (Charan et al., 2016). Alguns estudos relataram que o extrato da folha de mamão aumentou a atividade e o receptor do fator ativador de plaquetas significativamente no organismo o que consequentemente aumenta a produção e número de plaquetas nos pacientes administrados com o extrato da folha de mamão. Além disso, Sharma et al. (2019), relataram que o extrato da folha de mamão foi capaz de aumentar significativamente a contagem do número de plaquetas em ratos trombocitopênicos.

### *4.2.3 Outras doenças*

Nenhuma descoberta médica até o momento foi comprovada para impedir a morte de células cerebrais na doença de Alzheimer, embora apenas alguns tratamentos podem ajudar com sintomas comportamentais e cognitivos. O uso do extrato de folhas de mamão mostrou um efeito neuroprotetor significativo contra alterações cognitivas induzidas e dano oxidativo associado em um modelo animal (Bindhu e Vijayalakshmi, 2019). Levando em consideração a presença de vários alcaloides como carpaína, pseudocarpaína, dehidrocarpaína e compostos fenólicos, as folhas de mamão têm sido usadas como antiespasmódico, analgésico e antibacteriano. As folhas de mamão cozidas junto com algumas outras partes da planta, como casca e caule foram recomendadas para o tratamento de inflamações como artrite e reumatismo, bem como para a cicatrização de feridas também (Gill,1992).

## 5 I CONCLUSÃO

De acordo com as informações contidas neste trabalho foi demonstrada a importância de estudar uma planta presente em todo território brasileiro e a sua utilização na cultura popular, desde como alimento até no tratamento de patologias, mostrando sua aplicação com atividades farmacológicas.

As partes da planta *C. papaya* mais pesquisadas por cientistas da área são as folhas, devido seu grande potencial farmacológico, conforme foi demonstrado nos estudos utilizados ao longo deste trabalho.

Como a grande maioria dos estudos foi de natureza pré-clínica, é necessária a

realização de mais estudos clínicos, principalmente isolando os compostos ativos, melhorando assim a compreensão do potencial de ação terapêutica a fim de comprovar a segurança e eficácia do poder antioxidante, anti-inflamatório, hipoglicemiante, antitumoral e antiviral do uso do mamão *C. papaya* em humanos.

A pesquisa com folhas de mamão ainda não recebeu a atenção que merece em todo o mundo, apesar de os componentes bioativos encontrados nas referidas partes da planta poderem ser aproveitados com fins terapêuticos.

O uso de folhas de mamão demonstrou ter benefícios significativos na recuperação de doenças virais, como a dengue, podendo -se então tornar uma estratégia alternativa para novas infecções virais emergentes, sendo necessários estudos para tal comprovação.

É necessário que sejam realizadas pesquisas adicionais para isolar componentes químicos individualmente, definir sua estrutura e propriedades medicinais, padronizar as doses ótimas e investigar sua toxicidade. Devido à sua valiosa composição fitoquímica, as folhas de mamão têm o potencial para se tornar base para novos fitoterápicos ou outros tipos de medicamentos.

## REFERÊNCIAS


ADEBOWALE, A.; GARNESAN, A.P.; PRASAD, R.N.V.; Papaya (*Carica papaya*) consumption is unsafe in pregnancy: Fact or fable? Scientific evaluation of a common belief in some parts of Asia using a rat model. British J Nutr 2002.

AHMAD, N.; FAZAL, H.; AYAZ, M.; ABBASI, B.H.; MOHAMMAD, I.; FAZAL, L.; Dengue fever treatment with Carica papaya leaves extracts. Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine. 2011.

AJIBADE, A.J.; P. B. FAKUNLE, P.B.; ADETUNJI, T.J.; B. D. KEHINDE, B.D. Protective Effects of Aqueous Extract of *Carica papaya* Leaf on the Liver of Streptozotocin (STZ)- Induced Diabetic Adult Wistar Rats. Asian Journal of Research in Medical and Pharmaceutical Sciences.2019.

AKHILA, S.; VIJAYALAKSHMI, N.G. Phytochemical Studies on *Carica Papaya* leaf juice. International Journal of Pharmaceutical Sciences and Research. 2015.

ALARA O. R., ABDURAHMAN N. H., ALARA J. A. *CARICA PAPAYA:* COMPREHENSIVE OVERVIEW OF THE NUTRITIONAL VALUES, PHYTOCHEMICALS AND PHARMACOLOGICAL ACTIVITIES. ADVANCES IN TRADITIONAL MEDICINE. 2022.

ALBUQUERQUE, U.P; MEDEIROS, P.M.; ALMEIDA, A.L.; MONTEIRO, J.M.; LINS NETO, E.M.F.; MELO, J.G.; SANTOS, J.P. Medicinal plants of the caatinga (semiarid) vegetation of NE Brazil: A quantitative approach. Journal of Ethnopharmacology, 2007.

AZEVEDO, N. Bio-Manguinhos na origem: um capítulo da história da auto-suficiência tecnológica em saúde no Brasil. Inovação em saúde: dilemas e desafios de uma instituição pública. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.

BINDHU H. e VIJAYALAKSHMI A. Neuroprotective effect of *Carica papaya* leaf extract against aluminium toxicity: an experimental study on cognitive dysfunction and biochemical alterations in rats. Indian Journal of Pharmaceutical Education and Research. 2019.

CHARAN, J.; SAXENA, D.; GOYAL, J.P.; YASOBANT, S. Efficacy and safety of Carica papaya leaf extract in the dengue: A systematic review and meta-analysis. International Journal of Applied and Basic Medical Research. 2016.

COTRUT, R.; BUTCARU, A.; MIHAI, C.; STANICA, F. *Carica papaya* L. cultivated in greenhouse conditions. Journal of Horticulture, Forestry, and Biotechnology, v.3, p.130-136, 2017.

CUSHNIE, T.T.P. LAMB, A.J. Antimicrobial activity of flavonoids. International Journal of Antimicrobial Agents, vol. 26. 2005.

DHARMARATHNA, S.L.C.A.; WICKRAMASINGHE, S.; WADUGE, R.N.; RAJAPAKSE, R.P.V.J.; KULARATNE, S.A.M. Does *Carica papaya* leaf-extract increase the platelet count? An experimental study in a murine model. Asian Pacific Journal of Tropical Biomedicine. 2013.

FAKEYE, T.O.; OLADIPUPO, T.; SHOWANDE, O.; OGUNREMI, Y. Effects of coadministration of extract of *Carica papaya* Linn (family Cariaceae) on activity of two oral hypoglycemic agents. Tropical Journal of Pharmaceutical Research. 2007.

FEMILIAN, A.; AGUSTINA, D.; SUBAGYO,G.The effect of papaya leaf extract (*Carica papaya* L) on healing process of buccal traumatic ulcer in wistar rats. Majalah Kedokteran Gigi Indonesia. 2019.

GILL, S. Ethnomedical Uses of Plants in Nigeria. Benin, Nigeria: Uniben Press; 1992.

GOMES, R. P. Fruticultura Brasileira, 11 ed. São Paulo: Nobel, 1986, 336p.

HASIMUNA, P.; SUWENDARA; ERNASARIA, G.I. Analgetic Activity of Papaya (*Carica papaya* L.) Leaves Extract. International Seminar on Natural Product Medicines, ISNPM .2012.

ISHIHARA, E.; MIURA, T.; SHINYA, N.; USAMI, M. Effect of the water extract of perilla leaves on glucose metabolism in diabetic rats. Suzuka University of Medical Science Bulletin. 2005.

JUÁREZ-ROJOP, I.E., DÍAZ-ZAGOYA, J.C.; BLE-CASTILLO, J.L.; MIRANDA-OSORIO, P.H.; CASTELL-RODRÍGUEZ, A.; TOVILLA-ZÁRATE, C.A.T.; RODRÍGUEZ-HERNÁNDEZ, A.; AGUILAR-MARISCAL, H.; RAMÓN-FRÍAS, T.; BERMÚDEZ-OCAÑA, D. Hypoglycemic effect of Carica papaya leaves in streptozotocin-induced diabetic rats. BMC Complementary and Alternative Medicine. 2012.

JUÁREZ-ROJOP, I.E., TOVILLA-ZÁRATE, C.; AGUILAR-DOMÍNGUEZ, D.E. Phytochemical screening and hypoglycemic activity of Carica papaya leaf in streptozotocin-induced diabetic rats, Revista Brasileira de Farmacognosia, vol. 24. 2014.

LORENZI, H.; SOUZA, V. C. Botânica sistemática: guia ilustrado para identificação das famílias de fanerógamas nativas e exóticas no Brasil, baseado em APG II. 2.ed. Nova Odessa, SP: Instituto Plantarum, 2008.

LUIZ, T.C.; CUNHA, A.P.S.; AGUIAR, D.H.; SUGUI, M.M.; BICUDO, R.C.; SINHORIN, A.P.; SINHORIN, V.D.G. Antioxidant potential of *Carica papaya Linn (Caricaceae)* leaf extract in mice with cyclophosphamide induced oxidative stress. Scientia Médica Porto Alegre. 2020.

MACIEL, M.A.M.; PINTO, A.C.; V.F. VEIGA. JR.; GRYNBERG, N.F.; ECHEVARRIA, A. Plantas Medicinais: A Necessidade de Estudos Multidisciplinares. Química Nova, v. 25, n. 3, p. 429-438, 2002.

MANICA, I. Fruticultura tropical: Mamão. São Paulo: Agronômica Ceres, 1982, 255p.

MERASHLI, M.; CHOWDHURY, T.A.; JAWAD, A.S. Musculoskeletal manifestations of diabetes mellitus. QJM. 2015.

MOREIRA, R. A. Mamão, fonte de vitaminas e minerais. 2009.

MUHAMAD, S. A. S.; JAMILAH, B.; RUSSLY, A. R.; FARIDAH, A. The antibacterial activities and chemical composition of extracts from *Carica papaya* cv. Sekaki/Hong Kong seed. International Food Research Journal. 2017.

OJO, R.J.; SERIKI, S.; W, D.E.; M, H.J. Biochemical effect of Aqueous *Carica papaya* Seed and Leaf Extracts on Serum Biochemistry of Alloxan Induced Diabetic Rats. IOSR Journal of Pharmacy and Biological Sciences. 2015.

OLIVEIRA, A. M. G.; COELHO, E. F. Mamoeiro. Embrapa Mandioca e Fruticultura. 2011.

OTSUKI, N.; DANG, N. H.; EMI KUMAGAI, E.; KONDOC, A.; IWATAA, S.; MORIMOTO.C. Aqueous extract of *Cari ca papaya* leaves exhibits anti-tumor activity and immunomodulatory effects. Journal of Ethnopharmacology. 2010.

PANDITA, A.; MISHRA, N.; GUPTA, N. G.; SINGH, R. Use of papaya leaf extract in neonatal thrombocytopenia. Clinical Case Reports. 2019.

PATRO, R. Valor medicinal do mamoeiro. <http: www.jardineiro.net/br>. Acesso em: 30 de maio de 2023.

PRAKASH, M.; KUMAR, M.; KUMARI, S. Therapeutic uses of wild plants by rural inhabitants of Maraog region in district Shimla, Himachal Pradesh, India. Horticulturae. 2021.

RAO K., NAMMI S. Antidiabetic and renoprotective effects of the chloroform extract of *Terminalia chebula* Retz. Seeds in streptozotocin-induced diabetic rats. BMC Complementary and Alternative Medicine. 2006.

Secretaria de Vigilância em Saúde / MS. DENGUE diagnóstico e manejo clínico adulto e criança. MINISTÉRIO DA SAÚDE Brasília – DF. 4ª Edição. 2013.

SHARMA, A.; BACHHETI, A.; SHARMA, P.; BACHHETI, R. K.; HUSEN, A. Phytochemistry, Pharmacological Activities, Nanoparticle Fabrication, Commercial Products and Waste Utilization Of *Carica Papaya* L.: A Comprehensive Review. Current Research In Biotechnology. 2020.

SHARMA, A.; SHARMA, R.; SHARMA, M.; KUMAR, M.; BARBHAI, M.D.; LORENZO, J.M.; SHARMA, S.; SAMOTA, M.K.; ATANASSOVA, M.; CARUSO, G.; NAUSHAD, M.; RADHA; CHANDRAN, D.; PRAKASH, P.; HASAN, M.; RAIS, N.; DEY, A.; MAHATO, D.K.; DHUMAL, S.; SINGH, S.; SENAPATHY, M.; RAJALINGAM, S.; VISVANATHAN, M.; SALEENA, L.A.K.; MEKHEMAR, M. *Carica papaya L.* Leaves: Deciphering Its Antioxidant Bioactives, Biological Activities, Innovative Products, and Safety Aspects. Oxid Med Cell Longev. 2022.

SHARMA, N.; MISHRA, N.P.; CHANDA, S. Evaluation of antidengue activity of Carica papaya aqueous leaf extract and its role in platelet augmentation. Archives of Virology. vol. 164. 2019.

SIDDIQUE, O.; SUNDUS, A.; IBRAHIM, M. F. Effects of papaya leaves on thrombocyte counts in dengue- a case report. The Journal of the Pakistan Medical Association. 2014.

SINGH, S.P.; KUMAR, S.; MATHAN, S.V.; TOMAR, M.S.; RISHI KANT SINGH, R.K.; VERMA, P.K.; KUMAR, A.; SANDEEP KUMAR, S.; RANA P. SINGH, R.P.; ACHARYA, A. Therapeutic application of *Carica papaya* leaf extract in the management of human diseases. DARU Journal of Pharmaceutical Sciences. 2020.

SOBIA, K., JAVAID M. A., AHMAD M. S., REHMATULLAH, Q.; HINA, G.; IRAM, B.; A. PERVAIZ, A.; FARHANA, B.; NYLA, J.; GULFRAZ, M. Assessments of phytochemicals and hypoglycemic activity of leaves extracts of *Carica papaya* in diabetic mice. International Journal of Pharmaceutical Sciences and Research. 2016.

SOUZA, M.T.; SILVA, M.D. e CARVALHO, R. 2010. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010; 8(1 Pt 1):102-106.

UNAEZE, B.C.; OCHIABUTO, O. M.B.; EJIKE, E.C.; OBI, M.C.; NWANKPA, S.N. Antimicrobial activities of *Carica papaya* leaf against diarrhoea causing agents. International Journal of Advanced Engineering Research and Science (IJAERS). 2018.

SOBRE A ORGANIZADORA

**SORAYA ARAUJO UCHOA CAVALCANTI -** Doutorado (2015) e Mestrado (2001) em Serviço Social pela UFPE, Especialista em Serviço Social, Direitos Sociais e Competências Profissionais pela UNB. Atua na Saúde Pública há duas décadas no Sistema Único de Saúde – SUS, acompanhando Discentes e Residentes em Saúde. Coordena a Residência Multiprofissional na Rede de Atenção Psicossocial da Secretaria de Saúde da Cidade do Recife, exercendo a docência em nível de Pós Graduação na modalidade de Residência nas disciplinas de Bioética, Promoção da Saúde, Segurança do Paciente no contexto da Rede de Atenção Psicossocial – RAPS, Política de Saúde e Saúde Mental, Álcool e outras Drogas, dentre outras. Coordena o *Programa de Extensão Saberes e Práticas no SUS: Discutindo Promoção da Saúde*, na Universidade de Pernambuco, com atividades iniciadas em 2016, ainda no formato de projeto de extensão, enquanto devolutiva do processo de doutorado, orientando discentes e Residentes na área de saúde em atividades de extensão universitária incluindo orientação de extensionistas em cursos e eventos de extensão; desenvolvendo atividades formativas – cursos, grupos de estudos, encontros, oficinas e outros – voltadas para a qualificação de recursos humanos e melhoria da qualidade dos serviços prestados à população usuária do SUS. Coordena o Ciclo de Estudos e Debates em Saúde Pública, atividade de extensão, que tem dentre os seus objetivos incentivar a produção acadêmica através de estudos, pesquisas e produção de textos com vistas à popularização da ciência e tecnologia. O *Programa de Extensão Saberes e Práticas no SUS: Discutindo Promoção da Saúde* atua nas seguintes áreas temáticas: Promoção da Saúde, Prevenção e Enfrentamento das Violências, HIV/AIDS no contexto do enfrentamento da Epidemia, Serviço Social e Políticas Sociais no Brasil; Saberes e Práticas nas Mídias. Editora de área temática da Revista Brasileira de Extensão Universitária (RBEU). Revisora *ad hoc* de revistas nos campos da saúde e extensão universitária.

ÍNDICE REMISSIVO

**A**



**C**



**D**



**E**



**G**



**I**



**M**

# Interdisciplinaridade no campo da saúde:

## desafios e experiências exitosas


www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

@atenaeditora

www.facebook.com/atenaeditora.com.br


Ano 2023

# Interdisciplinaridade no campo da saúde:

## desafios e experiências exitosas


www.atenaeditora.com.br

contato@atenaeditora.com.br

@atenaeditora

www.facebook.com/atenaeditora.com.br


Ano 2023